REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

TRIBUNAL AMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN SEGUNDA - SUBSECCIÓN E
Carrera 57 N° 43 – 91 Piso 1
Único correo electrónico: rmemorialessec02setadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co

FIJA LISTA 1 (3 DIAS)

RADICACIÓN: **11001333501320190006201**
MEDIO DE CONTROL: **NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**
DEMANDANTE: **ANGELA KATHERINE VALDERRAMA CORREA**
DEMANDADO: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORT**

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 110 del CGP, se fija en lista en un lugar visible de esta Secretaría de la Subsección E, por el término de un (1) día y se corre traslado a las partes de **LOS DOCUMENTOS ALLEGADOS POR EL APODERADO DE LA PARTE DEMANDADA**, por el termino de TRES (3) días en un lugar visible esta Secretaría de la Subsección E y en la página web de la Rama Judicial. www.ramajudicial.gov.co. Igualmente, se envía mensaje de datos a los correos electrónicos suministrados.

DÍA DE FIJACIÓN: **13 de diciembre DE 2022, a las 8:00 a.m.**
EMPIEZA TRASLADO: **14 de diciembre DE 2022, a las 8:00 a.m.**
VENCE TRASLADO: **16 de diciembre DE 2022, a las 5:00 a.m.**

DEICY JOHANNA IMBACHI OME
Oficial Mayor
Subsección E

Elaboró: MIBC
Revisó: Deicy I.

ENVIO SOLICITUD DE PRUEBAS OFICIO N° SE- 115 (PVMB) señora ANGELA KATHERINE VALDERRAMA CORREA

Secretaria Seccion 02 Subseccion 05 - Cundinamarca - Cundinamarca
<scs02sb05tadmincdm01@notificacionesrj.gov.co>

Vie 9/12/2022 9:48 AM

Para: Recepcion Memoriales Seccion 02 Subseccion E Tribunal Administrativo - Cundinamarca <rmemorialessec02setadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co>

De: *Alexander Barreto <alexanderbarretosubrednorte@gmail.com>*
Enviado: viernes, 9 de diciembre de 2022 8:44 a. m.
Para: Secretaria Seccion 02 Subseccion 05 - Cundinamarca - Cundinamarca <scs02sb05tadmincdm01@notificacionesrj.gov.co>; Defensa Judicial Norte <defensajudicialnorte@subrednorte.gov.co>
Asunto: ENVIO SOLICITUD DE PRUEBAS OFICIO N° SE- 115 (PVMB) señora ANGELA KATHERINE VALDERRAMA CORREA

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA SECCIÓN SEGUNDA - SUBSECCIÓN E
CARRERA 57 Nro. 43-91 primer piso
Tel. 5553939 Ext. 1089
SOLICITUD DE PRUEBAS OFICIO N° SE- 115 (PVMB)

Cordial saludo,

Respetados señores,

En atención a la solicitud de pruebas de los OPS de la señora ANGELA KATHERINE VALDERRAMA CORREA, hago el envío de la correspondiente documental enviada por la oficina encargada de la entidad.
Gracias por su atención.

Cordialmente,

Alexander Barreto
Defensa Jurídica
Subred integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E

katerine valderrama 5.pdf

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

Hospital Simón Bolívar	**ACTA DE INICIO CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E**	Código: GTH-FO-295-006	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1719

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

OBJETO: MÉDICO GENERAL - URGENCIAS

FECHA DE INICIO: 01 DE FEBRERO DE 2015

PLAZO DE EJECUCION: 30 DE ABRIL DE 2015

VALOR CONTRATO: OCHO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/TE. ($8.640.000)

En Bogotá, a los 01 días del mes de febrero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No.1719, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 30 de Abril de 2015.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

53164726 Bog

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AsP – 1719 - 2015
CONTRATISTA: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE CC. 53164726
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2015, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO
VALOR: OCHO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/TE. ($8.640.000)

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **53164726** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA;** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AsP – 1719 – 2015** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con cargo a la disponibilidad presupuestal **No. 156,** el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que a continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO**: **El objeto del presente contrato es la prestación de servicios como MÉDICO GENERAL - URGENCIAS. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS:** 1) Valoración médica. 2) Reconocer los límites de su competencia y responsabilidad, recabando o realizando según sea el caso la interconsulta con otros niveles asistenciales o especialidades cuando la situación clínica así lo requiera. 3) Atención al paciente según la necesidad del servicio en los servicios de pre-hospitalización, urgencia, APH. 4) Clasificación triage cuando la necesidad del servicio lo requiera. 5) Estabilización de pacientes críticos. 6) Realización de maniobras básica y avanzada. 7) Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 8) Diligenciar la historia clínica de acuerdo a la atención médica de cada paciente y sus otros componentes que hagan parte integral de la atención médica. 9) Realizar formula médica de acuerdo a la atención prestada a cada paciente. 10) Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva de la atención médica. 11) Diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio. 12) Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado. 13) Sensibilización en derechos y deberes en los pacientes. 14) Cumplir con los procesos procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades. 15) Asistir a las capacitaciones y actividades según la programación institucional. 16) Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso. 17) Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 18) Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 19) Cumplimiento de los turnos presenciales o de disponibilidad establecidos por la institución de acuerdo a las necesidades del servicio y la oportunidad requerida en la atención y de acuerdo a los cronogramas para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. **CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propios del objeto contractual en ejecución. **b)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento bienes, muebles e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto. **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten. **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se

requieran en cumplimiento del objeto contratado. **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes. **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL. **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad. **h)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato. **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio. **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros. **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación. **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere. **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento. **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten. **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades. **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **CLAUSULA CUARTA.- VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **OCHO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/TE. ($8.640.000),** que se pagan en mensualidades de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/TE. ($2.880.000)** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 30 de abril de 2015 con una duración de **90** horas mensuales, contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por el hospital, quien delega dicha facultad en **COORDINADOR SERVICIO DE URGENCIAS** quien se encargará de: **1)** Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2)** Informar al jefe oficina de contratación cualquier modificación a las condiciones o clausulas contenidas en este contrato. **3)** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **4)** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **5)** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse

desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.-GARANTIAS:** El CONTRATISTA garantizará al HOSPITAL, que constituirá o que cuenta con póliza especial de responsabilidad civil medica profesional, cuyo amparo para médicos general no puede ser menor a cien (100) SMLMV y para médicos especializados no menor a doscientos (200) SMLMV, de tal manera que por su actuar en desarrollo de este contrato mantenga indemne a la entidad frente a posibles reclamaciones que se formulen argumentando falla del servicio; siendo beneficiarios los terceros afectados **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA SEXTA- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad. **2)** Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal. **3)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA. **4)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. **5)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales). **6)** Acta de inicio de contrato. **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 01 días del mes de febrero de 2015.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Liliana del Rosario Mosquera Agudelo

EL CONTRATISTA.

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
C.C 53164726

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Febrero 19 de 2015 CRP. No. 1847

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: B01A CONSULTA URGENCIAS

CODIGO RUBRO.....: **1141114321030000000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB.**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 156

LA SUMA INICIAL DE :	**8,100,000.00**
CON UN REINTEGRO DE :	**.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE :	**8,100,000.00**

OCHO MILLONES CIEN MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MEDICO GENERAL OPS 1719.15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1719.15
A NOMBRE DE: **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE**
C.C. o NIT : **53164726**
OBJETO : VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 19 DIAS DEL MES DE Febrero DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Febrero 19 de 2015 CRP. No. 2309

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: B01A CONSULTA URGENCIAS

CODIGO RUBRO.....: **11411143210300000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB.**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 156

LA SUMA INICIAL DE : **540,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **540,000.00**
QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MEDICO GENERAL OPS 1719.15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1719.15
A NOMBRE DE: **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE**
C.C. o NIT : **53164726**
OBJETO : VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 19 DIAS DEL MES DE Febrero DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

1008

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO GENERAL URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 03 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 90
FECHA INICIO: AA 2015 MES 02 DÍA 01	FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 04 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 8'640.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 2`880.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.02.2015 - 28.02.2015	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 90

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO YENTREGA DE TURNO CON EL DILIGENCIMIENTO DE LOS LIBROS CORRESPONDIENTES, Y VELAR POR EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.	X		
2	EVOLUCION DE PACIENTES	X		
3	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	X		
4	REANIMACION CARDIOPULMONAR	X		
5	SUPERVISION DE INTERNOS	X		
6	TRIAGE, Y CONSULTA DE URGENCIAS	X		
7	SOLICITUD DE INTERCONSULTAS	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ
Número de Planilla 8300450868

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR.
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8300450868
Fecha de Pago	2/19/2015
Número de Autorización de Pago	9720500387
Banco	1019
Valor Comision	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Febrero 2015
Periodo Cotización Pensión	Febrero 2015
Periodo Cotización Caja	Febrero 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$331.900
Total Interes Mora	$3.600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$186.300	1
EPS008	Compensar EPS	$145.600	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	53164726
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSION	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	1.152.000	1.152.000	0	0	144.000	184.300	0	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSION	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Identificación	53164726	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	6744188
Razón Social	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	Dirección	kr 50 no 163 b 80 in 1 ap 304	Fecha Pago	19/02/2015
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ	Periodo Salud	Febrero-01
Banco	1019	No. Planilla	8300450868	Periodo Pensión	Febrero-01
Total a Pagar	$331,900	Total Intereses Mora	$3,600	Estado	Pagada
Número Días en Mora	14				

compensar | miplanilla.com

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$1,152,000	$184,300	$0	$0	$0	$0	$2,000	184300	$186,300
Totales				$1,152,000	$184,300	$0	$0	$0	$0	$2,000	$184,300	$186,300

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	1	$1,152,000	$144,000	$0	$1,600		$0		$0		144000	$145,600
Totales				$1,152,000	$144,000	$0	$1,600		$0		$0		$144,000	$145,600

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 Icontec Certificado N° SI 008-1

Hospital Simón Bolívar	ACTA LIQUIDACION BILATERAL	Código: GTH-FO-295-013	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 2	

DATOS GENERALES

NATURALEZA Y No. DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS No. 1719
CONTRATISTA	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
OBJETO	MEDICO GENERAL- URGENCIAS
IDENTIFICACIÓN. C.C. Ó N.I.T.	53.164.726
SUPERVISOR O INTERVENTOR	COORDINADOR SERVICIO DE URGENCIAS
FECHA DE FIRMA DEL CONTRATO	01 DE FEBRERO DE 2015
CDP No.	156
CRP No.	1847
FECHA DE LA PUBLICACION (SI HAY LUGAR A ELLO)	NA
FECHA DE INICIO	01 DE FEBRERO DE 2015
FECHA DE LA PRIMERA MODIFICACIÓN DEL CONTRATO	NA
FECHA DE LA SEGUNDA MODIFICACIÓN DEL CONTRATO	NA

PLAZO DE EJECUCION		**VALOR**	
PLAZO INICIAL	3 MESES	**VALOR INICIAL**	$8.640.000
1A PRORROGA		**1RA ADICIÓN**	
2A PRORROGA		**2DA ADICIÓN**	
3A PRORROGA		**3RA ADICIÓN**	
4A PRORROGA		**4RA ADICIÓN**	
PLAZO TOTAL	2 MESES 15 DIAS	**VALOR TOTAL**	$7.104.000

VIGENCIA DE LOS AMPAROS DE LA GARANTIA UNICA

FECHA DE APROBACION DE LAS GARANTIAS

AMPARO	**VIGENCIA**	
	INICIACION	**TERMINACION**
CUMPLIMIENTO		
CALIDAD DEL SERVICIO		

PAGOS EFECTUADOS

	FECHA DE PAGO	**VALOR**
OP 05-0549		
VALOR TOTAL PAGOS EFECTUADOS	$ 5.760.000	
SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA	**$1.344.000**	
SALDO A LIBERAR	$ 1.536.000	
VALOR TOTAL	$ 8.640.000	

Las partes declaran encontrarse a Paz y salvo por todo concepto, por tanto, el Contratista manifiesta que Renuncia a cualquier Indemnización o Reclamación contra el Contratante y que por consiguiente suscribe sin salvedades el presente documento.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 15 días del mes de Abril de 2015

EL SUPERVISOR

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
COORDINADOR SERVICIO DE URGENCIAS

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
SUBGERENTE CIENTIFICO (E)

EL ORDENADOR DEL GASTO

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
CC. 53164726

Proyectó: Verónica Espitia Peralta
Revisó: Marly Rocío Castellanos Sánchez

Hospital Simón Bolívar	ACTA LIQUIDACION BILATERAL	Código: GTH-FO-295-013	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 2	

DATOS GENERALES

NATURALEZA Y No. DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS No. 1719
CONTRATISTA	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
OBJETO	MEDICO GENERAL- URGENCIAS
IDENTIFICACIÓN. C.C. Ó N.I.T.	53.164.726
SUPERVISOR O INTERVENTOR	COORDINADOR SERVICIO DE URGENCIAS
FECHA DE FIRMA DEL CONTRATO	01 DE FEBRERO DE 2015
CDP No.	156
CRP No.	1847
FECHA DE LA PUBLICACION (SI HAY LUGAR A ELLO)	NA
FECHA DE INICIO	01 DE FEBRERO DE 2015
FECHA DE LA PRIMERA MODIFICACIÓN DEL CONTRATO	NA
FECHA DE LA SEGUNDA MODIFICACIÓN DEL CONTRATO	NA

PLAZO DE EJECUCION		**VALOR**	
PLAZO INICIAL	3 MESES	**VALOR INICIAL**	$8.640.000
1A PRORROGA		**1RA ADICIÓN**	
2A PRORROGA		**2DA ADICIÓN**	
3A PRORROGA		**3RA ADICIÓN**	
4A PRORROGA		**4RA ADICIÓN**	
PLAZO TOTAL	2 MESES 15 DIAS	**VALOR TOTAL**	$7.104.000

VIGENCIA DE LOS AMPAROS DE LA GARANTIA UNICA

FECHA DE APROBACION DE LAS GARANTIAS

AMPARO	**VIGENCIA**	
	INICIACION	**TERMINACION**
CUMPLIMIENTO		
CALIDAD DEL SERVICIO		

PAGOS EFECTUADOS

	FECHA DE PAGO	**VALOR**
OP 05-0549		
VALOR TOTAL PAGOS EFECTUADOS	$ 5.760.000	
SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA	**$1.344.000**	
SALDO A LIBERAR	$ 1.536.000	
VALOR TOTAL	$ 8.640.000	

Las partes declaran encontrarse a Paz y salvo por todo concepto, por tanto, el Contratista manifiesta que Renuncia a cualquier Indemnización o Reclamación contra el Contratante y que por consiguiente suscribe sin salvedades el presente documento.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 15 días del mes de Abril de 2015

EL SUPERVISOR

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
COORDIANDOR SERVICIO DE URGENCIAS

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
SUBGERENTE CIENTIFICO (E)

EL ORDENADOR DEL GASTO

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
CC. 53164726 BSCS

Proyectó: Verónica Espitia Peralta
Revisó. Marly Rocío Castellanos Sánchez

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar
III Nivel E.S.E.

S.U. 137-15

Bogotá, 14 de abril de 2015

Doctora
SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo
Hospital Simón Bolívar
Empresa Social del Estado

Asunto: TERMINACION CONTRATO DRA. ANGELA VALDERRAMA CORREA

Respetada doctora:

Muy cordialmente me permito informar a usted, la modificación del oficio S.U.106. del 1 de abril del año en curso referente a la terminación del contrato de la Dra. Angela Valderrama Correa, el cual termina a partir del 14 de abril/15 como Médico General Urgencias. Lo anterior obedece a que pasaría como Médico Supervisor para el turno noche en el servicio de Urgencias, a partir del 15 de abril del 2015 para cubrir el contrato del Doctor Santiago Lagos, quien termino contrato.

Agradezco su atención y colaboración.

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA, MD
Coordinadora Servicio de Urgencias

Copia: Contratación - Archivo

FUNCIONARIO / CONTRATISTA	NOMBRE	ÁREA	FIRMA
PROYECTADO POR:	Elizabeth Cabrera M	Urgencias	
REVISADO POR:	Carlos Eduardo Luna Zapata	Urgencias	
APROBADO POR:	Carlos Eduardo Luna Zapata	Urgencias	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma de la Gerente			

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Hospital Simón Bolívar
III Nivel E.S.E.

S.U. 106-15

Bogotá, 1 de abril de 2015

Doctora
SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo
Hospital Simón Bolívar
Empresa Social del Estado

Asunto: TERMINACION CONTRATO DRA. ANGELA VALDERRAMA CORREA

Respetada doctora:

Muy cordialmente me permito informar a usted, la terminación del contrato de la Dra. Angela Valderrama Correa a partir del 31 de marzo del 2015 como Médico General Urgencias. Lo anterior obedece a que pasaría como Médico Supervisor para el turno noche en el servicio de Urgencias, para cubrir el contrato del Doctor Santiago Lagos, quien termino contrato.

Agradezco su atención y colaboración.

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA, MD
Coordinadora Servicio de Urgencias

Copia: Contratación - Archivo

FUNCIONARIO / CONTRATISTA	NOMBRE	ÁREA	FIRMA
PROYECTADO POR:	Elizabeth Cabrera M	Urgencias	
REVISADO POR:	Carlos Eduardo Luna Zapata	Urgencias	
APROBADO POR:	Carlos Eduardo Luna Zapata	Urgencias	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma de la Gerente			

RECIBIDO
Stella Acevedo
SECRETARÍA EJECUTIVA
06 ABR 2015

Sin Firma del Supervisor

1044

Hospital Simón Bolívar.	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA — No. ORDEN 2265

CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726 — CENTRO DE COSTO: BOIA

OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS

DURACIÓN DE LA ORDEN 09 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180

FECHA INICIO: AA 2015 MES 04 DÍA 15 — FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 12 DÍA 31

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 55.980.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`300.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.12.2015 - 31.12.2015 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES- ASISTENCIA A ACTIVIDADES A EDUCACION MEDICA CONTINUA	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI	NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?		X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X	
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X	
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X	
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	Nerys X	
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA — TOTAL	X	PARCIAL

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

LILIANA VARGAS WENDEUS
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 39774205
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 12/15/2015 11:03:58
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA_DE_AFILIACION_ENTIDAD	TIPO_DE_AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2011	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8307463729

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR
Número y Tipo de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8307463729
Fecha de Pago	12/14/2015
Número de Autorización de Pago	7463729
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Diciembre 2015
Periodo Cotización Pensión	Diciembre 2015
Periodo Cotización Caja	Diciembre 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$723.900
Total Interes Mora	$5.700

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$406.400	1
EPS008	Compensar EPS	$317.500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ADICIÓN No. 002 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2265 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No **53164726** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2265 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 2265 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **MÉDICO GENERAL - SUPERVISOR DE URGENCIAS** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 por el valor de **SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/TE. ($6'300.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. **SEGUNDA**: Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. _____ de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de junio de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocío Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
CC. 53164726

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

PRÓRROGA No. 002 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2265 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE** identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No **53164726**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2265 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 2265 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **MÉDICO GENERAL - SUPERVISOR DE URGENCIAS** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 hasta el 31 de julio de 2015. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes del contrato N° 2265 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de junio de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocío Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
CC. 53164726

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Junio 30 de 2015 CRP. No. 5619

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: B01A CONSULTA URGENCIAS

CODIGO RUBRO.....: 1141114321030000000000105001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210305
NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB.

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 901

LA SUMA INICIAL DE : 6,300,000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 6,300,000.00
SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MEDICO DE URGENCIAS OPS 2265 15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS-2265 15
A NOMBRE DE: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE
C.C. o NIT : 53164726
OBJETO : VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 30 DIAS DEL MES DE Junio DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

ADICIÓN No. 004 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2265 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE**, identificado(a) con la Cédula No. **53164726** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2265 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N.º 2265 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **MÉDICO GENERAL - SUPERVISOR DE URGENCIAS** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: PRIMERA: Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 por el valor de **SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($6'300.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. SEGUNDA: Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **1286** de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de septiembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
CC. 53164726

PRÓRROGA No. 004 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2265 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE**, identificado(a) con la Cédula No **53164726**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2265 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 2265 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **MÉDICO GENERAL - SUPERVISOR DE URGENCIAS** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: PRIMERA: Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 hasta el 30 de septiembre de 2015. SEGUNDA: Las cláusulas restantes del contrato N° 2265 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de agosto de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
CC: 53164726

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocío Castellanos Sánchez

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 01 de 2015 CRP. No. **8320**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: B01A CONSULTA URGENCIAS

CODIGO RUBRO.....: **1141114321030000000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB.**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1286

LA SUMA INICIAL DE : **6,300,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **6,300,000.00**
SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MEDICO SUPERVISOR OPS 2265 15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS.2265 15
A NOMBRE DE: **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE**
C.C. o NIT : **53164726**
BENEFICIARIO : VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Septiembre DE 2015.

ALVARO WILLIAM BARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

a866

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ADICIÓN No. 005 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2265 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE**, identificado(a) con la Cédula No. **53164726** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2265 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 2265 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **MÉDICO GENERAL - SUPERVISOR DE URGENCIAS** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 por el valor de **DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($12.600.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. **SEGUNDA**: Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **1338** de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de septiembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
CC.53164726

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

PRÓRROGA No. 005 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2265 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE**, identificado(a) con la Cédula No **53164726**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2265 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 2265 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **MÉDICO GENERAL - SUPERVISOR DE URGENCIAS** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 hasta el 30 de noviembre de 2015. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes del contrato N° 2265 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 28 días del mes de septiembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
Cédula: 53164726

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 30 de 2015 CRP. No. 9866

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: B01A CONSULTA URGENCIAS

CODIGO RUBRO.....: **1141114321030000000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB.**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1338

LA SUMA INICIAL DE : **12,600,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **12,600,000.00**
DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MEDICO DE URGENCIAS OPS 2265-15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 2265-15
A NOMBRE DE: **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE**
C.C. o NIT : **53164726**
OBJETO : VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 30 DIAS DEL MES DE Septiembre DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

ADICIÓN No. 006 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2265 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE**, identificado(a) con la Cédula No. **53164726** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2265 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 2265 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **MÉDICO GENERAL - SUPERVISOR DE URGENCIAS** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 por el valor de **SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($6.300.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. **SEGUNDA**: Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 1918 de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de diciembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
Cédula No. 53164726

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocío Castellanos Sánchez

PRÓRROGA No. 006 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2265 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE**, identificado(a) con la Cédula No **53164726**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2265 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 2265 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **MÉDICO GENERAL - SUPERVISOR DE URGENCIAS** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2265 de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes del contrato N° 2265 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 27 días del mes de noviembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
Cédula No. 53164726

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocío Castellanos Sánchez

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Diciembre 29 de 2015 CRP. No. **11785**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: B01A CONSULTA URGENCIAS

CODIGO RUBRO.....: **1141114321030000000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB.**

CON CARGO A LA DISPONIBILIDAD NRO : 1918

LA SUMA INICIAL DE : **6,300,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **6,300,000.00**
SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MEDICO DE URGENCIAS OPS 2265 15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 2265 15
A NOMBRE DE: **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE**
C.C. o NIT : **53164726**
OBJETO : VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 29 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

ORIGINAL Fec-Imp: 2015/12/31 Hor-Imp: 08:59:11 Usu-Imp: admpre Ter: presup3 AAAA/MM: 2015-12 Dep: B01A cpocre 4.1.7

Hospital Simón Bolívar	REQUISICIÓN DE PERSONAL ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIO	Código: GTH-FO-295-002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 2	

1. ÁREA URGENCIAS 2. CENTRO DE COSTO BO1A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD MEDICO SUPERVISOR DE TURNO NOCHE

4. COMPETENCIAS	4.1 Educación: (Estudios que se requieren) MEDICO GENERAL
	4.2 Objeto de la Orden: SUPERVISOR MEDICO GENERAL URGENCIAS TURNO NOCHE 180 HRAS
	4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades) 2 AÑOS COMO MEDICO DE URGENCIAS Y HOSPITALARIO
	4.4 Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia) NO APLICA
	4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos) ACLS – BLS – FCCS – PHTLS CURSOS DE TRAUMA MANEJO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES EXPERIENCIA ADMINISTRATIVA
	4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar) ACLS – BLS – FCCS – PHTLS EXPERIENCIA ADMINISTRATIVA O PREFERIBLEMENTE ESPECIALIZACION O DIPLOMADO AREAS ADMINISTRATIVAS
	4.7 Habilidades: (Señale las capacidades, aptitudes y actitudes requeridas para el desarrollo de actividades) LIDERAZGO– RESPONSABILIDAD – PUNTUALIDAD – ORDEN –CAPACIDAD DE TOMA DE DESICIONES RAPIDAMENTE
5. ACTIVIDADES	5.1 Actividades: (Relacione en detalle las actividades a desarrollar) • ACTIVIDADES ASISTENCIALES • VALORACION MEDICA • ESTABILIZACION PACIENTES CRITICOS • REALIZACION DE FORMULACION MEDICA E HISTORIA CLINICAS • REALIZACION DE MANIOBRAS DE REANIMACION BASICA Y AVANZADA • CLASIFICACION DE TRIAGE • CONSULTA DE URGENCIAS • VELAR POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACION Y RESOLUTIVIDAD • DE LA ATENCION DE URGENCIAS • TENER LA DISPOSICION PARA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN APH • REVISION HISTORIAS CLINICAS URGENCIAS Y DE APH Y REPOSICION DE INSUMOS DE LAS AMBULANCIAS • VERIFICACION OPORTUNIDAD Y RESPUESTA DE INTERCONSULTAS • ACTIVACION DE ALERTAS Y CADENAS DE LLAMADAS • VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS EN LOS TURNOS • VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS • VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO • REGISTRO DE MORTALIDAD Y NOTIFICACION DE ACTOS OBJETOS DE INVESTIGACION JUDICIAL. • VERIFICACION Y NOTIFICACION EVENTOS ADVERSOS • VERIFICACION Y GESTION DE DEFINICION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES A HOSPITALIZACION • INFORME DE ACTIVIDADES O NOVEDADES • REGISTROS, INGRESOS, DEMANDA INSTISFECHA, MORTALIDAD, NOTICIAS CRIMINALES, EVENTOS ADVERSOS, CUMPLIMIENTO DE PERSONAL. • INFORME DE NOVEDADES DE TURNO • REPORTE DE OCUPACION DEL SERVICO A SDS Y REGISTRO EN PLANILLA ASIGNADA • ACOMPAÑAMIENTO A ENTIDADES DE CONTROL CUANDO SE REQUIERA

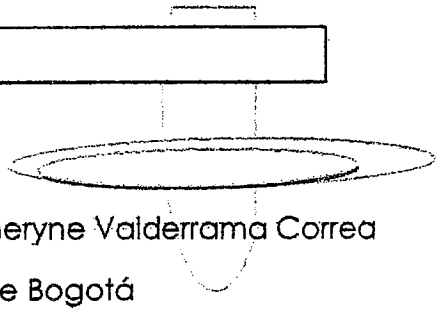
Dra. Valderrama Angela

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Medica Egresada de la Universidad de Boyacá, con capacidad para atender problemáticas de salud en todos los ámbitos de atención médica. Experiencia en el manejo de problemas de salud en áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, integrándose con el equipo de trabajadores de la salud.

Soy una profesional con grandes valores morales y éticos, sensibilidad social y capacidad de adaptación al medio rural y urbano. Tengo vocación de servicio frente a la sociedad y pretendo que mi ejercicio profesional pueda ayudar a mitigar las problemáticas de la región donde ofrezca mis servicios

INFORMACION PERSONAL



NOMBRE	Angela Katheryne Valderrama Correa
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53.164.726 de Bogotá
FECHA DE NACIMIENTO	25 abril 1985
LUGAR DE NACIMIENTO	Cali - Valle
ESTADO CIVIL	Soltera
DIRECCIÓN	Kra 50 no. 163b - 80 int 3 apto 204
TELÉFONO	310 331 90 55
E-MAIL	katheryn116@yahoo.com

INFORMACION ACADEMICA

- **UNIVERSITARIOS :**

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
Especialización En Salud Ocupacional
2013

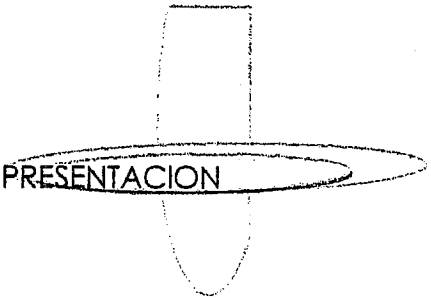
UNIVERSIDAD DE BOYACA
Medico Cirujano
2009

- **ESTUDIOS SECUNDARIOS:**

COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACION
Bachiller Académico
Duitama - Boyacá
2002

- **ESTUDIOS PRIMARIOS:**

COLEGIO CIUDADELA EDUCATIVA LA PRESENTACION
Cali - Valle
1992



- **CURSOS:**

DIPLOMADO EN CALIFICACION LABORAL. Fundación Universitaria San José. 24/10/2014.

MANEJO INTEGRAL EN CUIDADO INTENSIVO. Salamandra Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias. Marzo 17 del 2013. Vigencia 2 años. Intensidad 30 horas.

RECERTIFICACION BLS- ACLS. SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. junio 2012 Bogotá – Colombia. Intensidad 48 horas.

PRIMER SUMMIT ATENCION PRIMARIA EN COLOMBIA. Congreso Medico Latinoamericano de Atención y cuidado Primario. P.L.A. 9, 10 y 11 de junio. Intensidad 27 horas.

TALLER PRACTICO SOBRE INFILTRACIONES. Organización de capacitación P.L.A. Export. 11 deJunio 2012 Bogotá.

SIMPOSIO MANEJO DEL QUINTO ESLABON EN REANIMACION CUIDADOS INTEGRADOS POSPARO. Comité Nacional de Resucitación. 10 y 11 de febrero del 2012.

CURSO DE ELECTROCARDIOGRAFIA. Grupo de Reanimación S.A.S. centro de entrenamiento en Emergencia y Urgencias. 3 de Diciembre 2011. Intensidad 20 horas.

JORNADA PRIMER RESPONDIENTE EN SALUD MENTAL. Hospital Simón Bolívar. 30 de agosto 2011. Intensidad 8 horas.

REANIMACION NEONATAL. La Fundación Universitaria Sanitas. 27 agosto 2011. Intensidad 8 horas.

INITIAVE TO DECREASE CARDIOVASCULAR RISK AND INCREASE QUALITY OF CARE FOR PATIENTS LIVING WITH HIV/ AIDS. The Amerivan Heart Association. 8 agosto 2011.

12 CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO DE ATENCION Y CUIDADO PRIMARIO IPMA 2011. Organización P.L.A. Export Editores S.A. julio 2,3, y 4 de 2011 Bogotá. Intensidad 20 horas.

TALLER RESISTENCIA A LA INSULINIZACION UN PROBLEMA MEDICO. IPMA 2011 Congreso Medico Latinoamericano de Atención y Cuidado Primario. 3 de julio 2011.

ACTUALIZACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Universidad de La Sabana. 2 de julio 2011. Intensidad 8 horas.

PROVEEDOR DE PALS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. julio 2011 Bogota – Colombia. Intensidad 48 horas.

CURSO PHTLS Militar. The National Association of Emergency Medical Technicians a través de la Fundación Salamandra. 14 y 15 de mayo 2011.intensidad 20 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, Low intermediate level. California. January 2011. Intensidad 217 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, high beginning level. California. Octuber 2010. Intensidad 39 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, beginning conversation. California. octuber 2010. Intensidad 45 horas.

PROVEEDOR ACLS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de capacitación P.L.A. Export

Editores S.A. 3 y 4 de julio 2010 Bogotá – Colombia. Intensidad 30 horas.

PROVEEDOR BLS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. 2 de julio 2010 Bogotá – Colombia. Intensidad 20 horas.

II CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO DE ATENCION Y CUIDADO PRIMARIO IPMA 2010. Organización P.L.A. Export Editores S.A. julio 3,4, y 5 de 2010 Bogotá. Intensidad 27 horas.

TALLER PRACTICO SOBRE INFILTRACIONES. Organización de capacitación P.L.A. Export. Julio 2010 Bogotá. Intensidad 4 horas.

FUNDAMENTOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Montería 25 de junio del 2008. Intensidad 40 horas.

ENGLISH DISCOVERIES- BASICO I. El servicio Nacional de Aprendizaje SENA. San Andrés 5 de junio del 2008

PLANIFICACION FAMILIAR. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Cartagena 29 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

CONTROL DE LA INFECCION DEL MEDIO HOSPITALARIO (DESINFECCION) El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Cartagena 27 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

ORIENTACION EN LA PLANIFICACION FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA Cartagena 27 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

II JORNADA ACADEMICA INTERDICIPLINARIA DIABETES MELLITUS. Universidad de Boyacá, Tunja 08 de abril del 2008.

PRIMER CONGRESO DE EXALUMNOS MEDICINA. Universidad de Boyacá, Tunja 01 de noviembre del 2007. Intensidad 8 horas.

SIMPOSIO DE TRAUMA INTERVENCION EN LAS FRONTERAS DE LA VIDA PRIVILEGIANDO SU CAPACIDAD DE RESPUESTA. Centro

Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias. Bogotá 9 de noviembre del 2007. Intensidad 8 horas.

SEMINARIO DE ACTUALIZACION GUIAS OFICIALES ACORL PARA MANEJO DE PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN OTORRINOLARINGOLOGIA. Asociación Colombiana de otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. Paipa 20 de octubre del 2007

TALLER MEDICINA FORENSE LESIONES PERSONALES. PRIMER ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRACTICA DE LOS PROFESIONALES EN SALUD. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Tunja 7 y 8 de septiembre del 2007.

TALLER DE CERTIFICACION DE MUERTE. PRIMER ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRACTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Tunja 7 y 8 de septiembre del 2007.

ISQUEMIA – LESION Y NECROSIS MIOCARDICA ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA Y ARRITMIAS CARDIACAS. Universidad del Bosque. Bogotá 13 de mayo del 2006. Intensidad 8 horas.

PRIMERA JORNADA CIENTIFICA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD. Universidad de Boyacá. Tunja 28 y 29 de septiembre 2005.

I SEMINARIO DE BIOTECNOLOGIA E INMUNOLOGIA. Universidad de Boyacá. Tunja 1 de septiembre del 2005.

MANEJO PRE Y HOSPITALARIO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES. Fundación Universitaria de Boyacá. Tunja 18 y 19 de noviembre 2003.

EVIDENCIA LABORAL

CODESS
Medico Laboral calificador
11 de marzo del 2014-
286 05 55

COLMEDICOS
Médico especialista en Salud Ocupacional
15 junio 2013 – 8 de marzo del 2014
7470280

CLINICA UNIVERSITARIA DE LA SABANA
Médico de Urgencias
24 enero del 2014 – 30 mayo 2014
8617777

HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL
Medico Urgencias y Atención Pre hospitalaria
16 febrero 2011- 31 de marzo del 2014
6767940

HOSPITAL SUBA II NIVEL
Medico en Atención Pre hospitalaria.
1 junio 2011- 31 de enero del 2013

E.S.E. SALUD NOBSA
Medico en SSO.
7 julio 2009 al 6 de julio de 2010
CALLE 4 NO. 9 – 51
Nobsa - Boyacá
(8) 7773017

REFERENCIA FAMILIAR

- Betty Correa
- Enfermera Jefe
- Hospital Sogamoso
- Cel 3005662852

REFERENCIA PERSONAL

- Jorge Ecury
- Coordinación de urgencias
- Clínica Fundadores
- Tel: 320 4678473

- Gustavo López Corredor
- Medico Anestesiólogo
- Clínica San Javier. Sogamoso.
- Cel 3004831426 - 3133916688

- Pedro Pablo Becerra
- medico Urgencias
- Clínica Corpas
- Cel 314491544

Ángela Katheryne Valderrama Correa

53.164.726 Bogotá
RM. 1299-10
Resolución 7152 del 2013

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VALDENAMA	CORREA	ANGELA KATHERYNE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53164720
SEXO: F (X) M ( )
NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DÍA 25 MES 04 AÑO 1985
PAÍS COLOMBIA
DEPTO VALLE DEL CAUCA
MUNICIPIO CALI

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
Kra 50 Nº 163B-80 Int 3 apto 204
PAÍS COLOMBIA DEPTO Cundinamarca
MUNICIPIO Bogota
TELÉFONO 3103319055 EMAIL Katheryn116@yahoo.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	
									X	MES 02 AÑO 2001.

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		Medico Cirujano	06	2009	1299-10
UN	2	X		Especialista Salud Ocupacional	04	2013	7152.

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ingles		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Simon Bolivar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6767990	DÍA 16 MES 02 AÑO 2011	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico urgencias	Urgencias	Calle 165 N° 7-06

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Cadess		X	Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	talentohumano@cadess.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2860555	DÍA 11 MES 03 AÑO 2014	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
medico laboral	medicina laboral	Kra 7 N° 32-33.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Camedicos		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota.	camedicos@camedicos.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7970280	DÍA 15 MES 06 AÑO 2013	DÍA 08 MES 03 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
medico laboral	medicina laboral	Kra 95 N° 76.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4.	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4.	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá, Diciembre 9 del 2015

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 77744357

WEB
19:46:20

Bogotá DC, 03 de diciembre del 2015

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 53164726:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

DERECHOS Y DEBERES Individuo y Sociedad **Personería de Bogotá, D.C.**

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 856099

Bogotá D.C., 3 de Diciembre de 2015 - 19:43 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA**, quien se identifica con la CEDULA DE CIUDADANIA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTISEIS** de BOGOTA D.C

53164726

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 3 de diciembre de 2015, a las 19:45:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	53.164.726
Código de Verificación	551100382015

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SILVANO GÓMEZ STRAUCH

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/12/2015 a las 21:09:20 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 53164726 y Nombres: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Solicitudes, Quejas, Reclamos

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Todos los derechos reservados 2011.

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Nacionalizado La Presentación

Duitama, Boyacá

Autorizado hasta Nueva Visita por la Secretaría de Educación de Boyacá,
según Resolución No. 001131 del 6 de diciembre de 2001,

Confiere a:

Angela Katheryne Valderrama Correa

Identificada con T.I. No. 850425-44618 de Cali

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Hna. Fanny Yolanda Barrantes Muñoz
Rectora

María Eugenia Agudelo Colmenares
Secretaria

Anotado al Folio No. Libro de Registro No.

Dado en Duitama, Boyacá, a 30 de noviembre de 2002

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

INSTITUCION COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACIÓN

DIRECCION CARRERA 15 No. 16 – 46

TELEFONO 7604090 211822

JORNADA: ORDINARIA Inscripción S.E. 315238000085

Inscripción DANE

ACTA DE GRADO

En la ciudad de DUITAMA a los 7 días del mes de Diciembre del año 2002 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACION

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el Nivel de Educación Media ACADEMICO y autorizada por MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según Resolución N° 1131 de 6 de Octubre del 2001

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE T.I. 850425-44618 CALI

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 21 de fecha DICIEMBRE 06 DE 2001

que consta de 87 alumnos que comienza con el nombre de ACOSTA RAMIREZ ANDREA CAROLINA

y se cierra con el nombre de ZAMBRANO BARRERA ANA MARÍA

firmado y sellado por HNA. FANNY YOLANDA BARRANTES MUÑOZ (Rector) y MARIA EUGENIA AGUDELO COLMENARES (Secretario).

Dada en DUITAMA a los 28 días del mes de ENERO del 2013

El Rector o Director

El Secretario

C.C. N° 23.739.554

Firmado y Sellado

C.C. N°

Firmado y Sellado

FISE

Proveedor de SVCA/ACLS

American Heart Association®

VALDERRAMA CORREA ANGELA

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

Julio 6 de 2014
Fecha de emisión

Julio 6 de 2016
Fecha de actualización recomendada

Nombre del centro de entrenamiento: P.L.A Export Editores S.A ZL20074

Información del centro de entrenamiento: Bogotá -Colombia 6193036

Lugar del curso: Bogotá -Colombia

Nombre del instructor: Alexandra Martínez 01112258009

Firma del titular:

© 2011 American Heart Association *Manipular esta tarjeta alterará su apariencia.* 90-2319US

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 DE 16 DE SEPTIEMBRE DE 2004

En nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

Angela Katherine Valderrama Correa

C.C. No. 53.164.726 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C. – Cundinamarca

CURSÓ TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y POR LAS NORMAS LEGALES LE CONFIERE EL TÍTULO UNIVERSITARIO DE:

MÉDICA CIRUJANA

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
Reconózcase este Título para todos los efectos legales: 1293
Resolución No.
Ciudad 17 AGO 2010
FIRMA: Secretario

EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

DADO EN TUNJA A LOS 26 DEL MES DE JUNIO DE 2009

PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

RECTOR

UNIBOYACA
LIBRO DE REGISTRO No. 13
FOLIO No. 37 33
REGISTRO No. 7426
DIPLOMA No. 8151

SECRETARIO GENERAL

DECANO FACULTAD

10934

Universidad de Boyacá

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 del 16 de Septiembre de 2004
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 8151

En la ciudad de TUNJA el día 26 del mes de JUNIO de 2009 se llevó a cabo el acto de graduación presidido por EL SEÑOR PRESIDENTE Y LA SEÑORA RECTORA en el cual la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según ACUERDO No. 014 del día 09 del mes de NOVIEMBRE DE 1993 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

MÉDICA CIRUJANA

a ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

identificado (a) con C.C. No. 53.164.726 de BOGOTÁ D.C quien cumplió con los requisitos académicos con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y con las normas legales y le otorgó el Diploma No. 8151 que lo acredita como PROFESIONAL para lo cual presentó el trabajo de grado titulado:

calificado como _____ en fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad de TUNJA a los 26 días del mes de JUNIO de 2009 por quienes en esta graduación intervinieron.

Libro de Registro No. 13

Folio No. 3733

Registro No. 7426

(El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Presidente Consejo Directivo, Rector, Secretario General y Decano de la Facultad).

Es fiel copia tomada del original.

SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. 53.164.726 de Bogotá, D.C.

EL TÍTULO DE

Especialista en Salud Ocupacional

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 26 DÍAS DEL MES ABRIL DE 2013

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR DE PROGRAMA

Registro No. 9
Irado No. 260
154
Profesional No. 020913

01839

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 260 LIBRO No. 9 FOLIO No. 154

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. No. *53.164.726 de Bogotá, D.C.*

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

Especialista en Salud Ocupacional

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 26 DIAS DEL MES ABRIL DE 2013

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

~~DIRECTOR DE PROGRAMA~~

No. 01839

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

RESOLUCION No. 7152 de 18/06/2013

Por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

LA DIRECTORA DE *DESARROLLO* DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere la Resolución 1429 del 19 de Marzo de 1997 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA Identificado(a) con C.C. 53.164.726 de BOGOTA D.C., ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En merito de lo expuesto, la Directora de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA Identificado(a) con C.C. 53.164.726 de BOGOTA D.C., como MEDICA CIRUJANA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

1. MEDICO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
2. EDUCACION Y CAPACITACION.

PROFESIONAL DE LA SALUD

Profesional de la salud

American Heart Association.

[illegible] ANGEL

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa Soporte Vital Básico (SVB/BLS) de la American Heart Association para profesionales de la salud (RCP y DEA).

[illegible] de 2016 Julio 6 de 2016

Fecha de emisión — Fecha de actualización recomendada

PROFESIONAL DE LA SALUD

Nombre del centro de entrenamiento: P.L.A Export Editores S.A ZL20074

Información del centro de entrenamiento: Bogotá -Colombia 6193036

Lugar del curso: Bogotá -Colombia

Nombre del instructor: Alexandra Martinez 01112258009

Firma del titular

© 2011 American Heart Association. *Manipular esta tarjeta alterará su apariencia.* 90-2321US

PLA
Professional Leadership Academy

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

VALDERRAMA CORREA ANGELA

Realizó el curso de

PROVEEDOR ACLS

Según las normas de la American Heart Association

Certificamos 48 horas de estudio

Julio de 2014

en la ciudad de Bogotá

Alexandra Martínez

Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSION: 0
		CÓDIGO: SS-P12-F01
RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN		FECHA: 01/07/2009

RESOLUCIÓN NUMERO 1299 DE

17 AGO 2010

Por la cual se registra un Titulo y se confiere una autorización.

El Secretario de Salud de Boyacà en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, y,

CONSIDERANDO:

Que ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA , identificada con Cédula de Ciudadanía Número 53.164.726 expedida en Bogotà, ha solicitado el registro de su titulo como MEDICA CIRUJANA que le otorgó LA UNIVERSIDAD DE BOYACA de la ciudad de Tunja el dia 26 de Junio de 2009 .

Que dicho título se encuentra registrado en LA UNIVERSIDAD DE BOYACA , Libro de Registro N°13 , Folio N°3733 , Registro No 7426 , Diploma N°8151 .

Que el aludido profesional cumplió con el Servicio Social Obligatorio en LA E.S.E. "SALUD NOBSA" DE NOBSA , en el período comprendido entre el 7 de Julio de 2009 y el 6 de Julio de 2010, .

02 FEB 2011

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Titulo y autorizar el ejercicio de la profesiòn de MEDICA CIRUJANA a ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA con Cédula de Ciudadanía Número 53.164.726 expedida en Bogotà en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resoluciòn rige a partir de la fecha de expediciòn.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los,

LUIS CARLOS OLARTE CONTRERAS
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.
Elaboro: Rosa Maria Mesa

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ANGELA KATHERYNE
VALDERRAMA CORREA

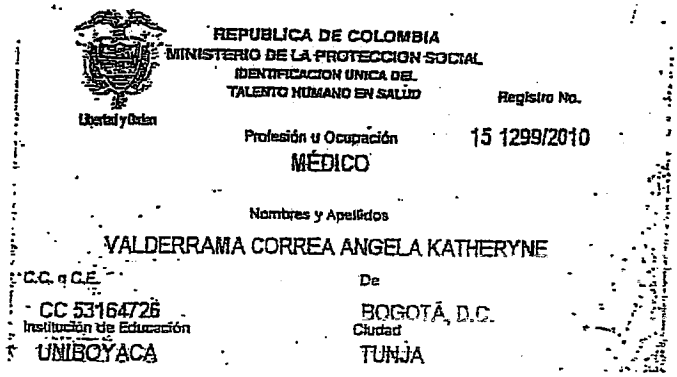
C.C. 53164726

MÉDICO(A)

Expedicion 02/02/2011

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ, D.C.



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.
15 1299/2010

Profesión u Ocupación
MÉDICO

Nombres y Apellidos
VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

C.C. o C.E.
CC 53164726

De
BOGOTÁ, D.C.
Ciudad

Institución de Educación
UNIBOYACA

TUNJA

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO HUMANO
DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD
DE LA SABANA
NIT 832.003.167-3

CERTIFICA

Que **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificada con **C.C.53.164.726** estuvo vinculada en nuestra Institución con un contrato a término indefinido desde el 28 de enero de 2014 hasta el 03 de junio de 2014, desempeñándose como **MÉDICO GENERAL**, Con una dedicación laboral de 120 horas mensuales, lo que equivale al 50% del tiempo trabajado y un salario mensual por valor de **UN MILLÓN VEINTE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($1.020.586)**. Adicionalmente recibió bonos no constitutivos de salario por valor de **CUATROCIENTOS TRECE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE ($413.751).**

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 03 días del mes de junio de 2014.

Cordial saludo,

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
NIT. 832.003.167-3
DESARROLLO HUMANO

ADRIANA MILENA GARCÍA LEÓN
DIRECTORA DESARROLLO HUMANO

Alexandra R.

Servicios & Asesorías S.a.
Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

LA COORDINACION DE SERVICIO AL CLIENTE

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificado (a) con cédula de ciudadanía número 53.164.726 labora en misión para nuestra empresa cliente **HOSPITAL DE SUBA E.S.E.** desempeñando el cargo como apoyo temporal **APOYO PROFESIONAL MEDICO 8 HORAS URGENCIAS** durante los siguientes periodos:

Desde 1/06/2011 al 16/08/2011
Desde 6/09/2011 al 11/04/2012
Desde 2/10/2012 a la fecha.

Con un contrato por obra o labor determinada devengando un salario básico mensual de $1.550.000 (UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS) y otros ingresos que no constituyen salario de $1.674.000 (UN MILLON SESICIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS)

Se expide a solicitud del interesado a los (3) días del mes de diciembre de 2012 en la ciudad de Bogotá D.C.

JORGE EDUARDO RUGE
Coordinador SAC
Servicios y Asesorias S.A.

ISO 9001
ISO 14001
OHSAS 18001
BUREAU VERITAS Certification
BUREAU VERITAS

32

Bogotá, D.C., 27 de Junio de 2012

EL LIDER
DEL
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR:

Que, el señor(a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No.53.164.726** presta sus servicios mediante la Orden de Suministro de Servicios como **PROFESIONAL UNIVERSITARIO (MÉDICO)** en el área **ASISTENCIAL**, desde el día 16 de Febrero de 2011, recibiendo por honorarios mensuales: la suma de **($5.670.000) Cinco millones Seiscientos Setenta mil pesos M/cte.**

Se deja constancia que entre el señor (a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA** y el **HOSPITAL SIMON BOLIVAR**, no existe relación laboral alguna, ni vinculación diferente a la derivada del contrato que le permite suministrar sus servicios en el área Asistencial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

JULIO CESAR GUERRA MORENO
LIDER
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

Proyectó: Marcela Medina

Empresa Social del Estado
Salud Nobsa

CERTIFICACION

FRANCIS TOBO SIACHOQUE GERENTE DE LA ESE SALUD NOBSA
HACE CONSTAR:

Que la doctora **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificada con la cédula de ciudadanía No. 53.164.726 de Bogotá, desempeñó el cargo de Médico General en Servicio Social Obligatorio en la Empresa Social del Estado Unidad de Salud Nobsa, nombrada mediante acta de posesión No. 015 del 06 de Julio de 2009. La citada profesional desempeño el cargo mencionado durante el periodo de tiempo comprendido entre el 07 de Julio de 2009 al 06 de Julio de 2010, cumpliendo con los programas y actos previstos.
El cargo, sede y localidad antes mencionados son válidos para la prestación del Servicio Social Obligatorio, cuya plaza fue aprobada por la Gobernación de Boyacá y la Secretaría de Salud de Boyacá, mediante la resolución No. 689 del 06 de Mayo de 2008, mediante la cual se aprueba una plaza para la prestación del Servicio Social Obligatorio, registrada bajo el número M–298. En concordancia la doctora ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA ha cumplido el Servicio Social Obligatorio de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

En constancia se firma en Nobsa, a los 06 días del mes de Julio de 2010

Atentamente,

FRANCIS LILIANA TOBO SIACHOQUE
Gerente ESE Salud Nobsa

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.164.726

VALDERRAMA CORREA
APELLIDOS

ANGELA KATHERYNE
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1985
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

26-MAY-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500117-42117902-F-0053164726-20030916 03867 03259A 01 149935634

compensar

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
COMPENSAR EPS

Nit. 860.066.942-7
Certifica

Que el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53.164.726, se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro
20140821	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), a los 3 días del mes de Diciembre de 2.015

Observaciones:

Con destino a:
HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Información sujeta a verificación por parte de Compensar EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

Compensar EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001 CER-AF
IQNet

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **53,164,726**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 03 días del mes de Diciembre de 2015.

Gerente de Clientes

DAVIVIENDA

CERTIFICACIÓN

BOGOTA 2015/12/07
COLOMBIA,

Dirigido a: HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Por medio de la presente hacemos constar que la señora ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA con Cédula de Ciudadanía número 53164726 de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	186070273211
Fecha Apertura	2007/01/09

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14301206908

(415)7707212489984(8020) 000001430120690 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 1 6 4 7 2 6	5	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	53164726	2003052 6

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALDERRAMA	CORREA	ANGELA	KATHERYNE

Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 20 A 173 A 03 IN 8 AP 332

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angelakatherynev@hotmail.com		5266073	3204938094

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	2
8621	2009 06 09				

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2221	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	5																	

5- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2014 07 12

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

COPIA SIN VALIDEZ
Documento

MAPFRE | COLOMBIA

POLIZA

RC PROFESIONAL MEDICOS INDIVIDUALES

RENOVACION
ORIGINAL
Ref. de Pago: 3092822552O

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 732	3442214000021	1	1	ANTIGUO COUNTRY	Cra. 15 No. 74 - 45 Oficina 502	BOGOTA D.C.

TOMADOR	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE			NIT / C.C.	5316472G
DIRECCION	KR 50 # 163 B - 80 IN 3 APT. 204	CIUDAD	BOGOTA D.C.	TELEFONO	4641606
ASEGURADO	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE			NIT / C.C.	53164726
DIRECCION	KR 50 # 163 B - 80 IN 3 APT. 204	CIUDAD	BOGOTA D.C.	TELEFONO	4641606
ASEGURADO	N.D.			NIT / C.C.	N.D.
DIRECCION	N.D.	CIUDAD	N.D.	TELEFONO	
BENEFICIARIO	CUALQUIER TERCERO AFECTADO			NIT / C.C.	N.D.
DIRECCION	N.D.	CIUDAD	N.D.	TELEFONO	N.D.

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DIA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
4	12	2015	INICIACION	00:00	9	12	2015	366	INICIACION	00:00	9	12	2015	366
			TERMINACION	00:00	9	12	2016		TERMINACION	00:00	9	12	2016	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
HERROS LTDA	AGENCIA DEL.	4374	5409257	100,00

ACTIVIDAD	:	CONSULTORIO MEDICO
ESPECIALIDAD	:	MEDICO GENERAL / CLINICO
DIRECCION DEL RIESGO	:	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ
DEPARTAMENTO	:	DISTRITO CAPITAL
CIUDAD	:	BOGOTA D.C.

(415)7709999000628(8020)3442214000219(3900)263914(96)20160108

COBERTURAS		VALOR ASEGURADO		DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$ 500.000.000.00	$	500.000.000.00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$ 200.000.000.00	$	200.000.000.00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$ 500.000.000.00	$	500.000.000.00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$ 200.000.000.00	$	500.000.000.00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)

SE ANEXAN Condiciones Generales y Particulares:

Observaciones: RENOVACION

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

TOTAL PRIMA NETA - PESOS COLOMBIANOS	GASTOS DE EXPEDICION PESOS COLOMBIANOS	SUBTOTAL EN PESOS COLOMBIANOS	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS PESOS COLOMBIANOS	TOTAL A PAGAR EN PESOS COLOMBIANOS
$ 217.512,00	$ 10.000,00	$ 227.512,00	$ 36.402,00	$ 263.914,00

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	OPERACION	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
370 732,00	3442214000021	816 - 8	28*ANTIGUO COUNTRY	Cra. 15 No. 74 - 45 Oficina 502	BOGOTA D.C.

ANEXOS

ASEGURADO: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL SIN CIRUGIA

VIGENCIA: 09/12/2015 a 09/12/2016

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

AMPAROS

- R.C como consecuencia de cualquier acto medico derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

- R.C. consecuencia de asistencia medica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado

LIMITE VALOR ASEGURADO:

$ 500.000.000 evento / agregado anual

- R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 50% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 1/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCION 5098 DE JUNIO 21 DE 2013
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

MAPFRE | COLOMBIA

POLIZA

RC PROFESIONAL MEDICOS INDIVIDUALES

RENOVACION
ORIGINAL
Ref. de Pago: 30928225520

- R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 50% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

- Gastos judiciales sublimitado 40% del limite asegurado evento / vigencia Este valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exceso de este.

- PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual. sublimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

PRIMA ANUAL SIN IVA:

$ 217.512.oo

DEDUCIBLES:

- 10% minimo $1.000.000.oo

- No opera para Gastos Medicos

- Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

NO SE OTORGA

- R.C. Extracontractual

- Bienes bajo cuidado tenencia y control

- Restablecimiento automático de valor asegurado.

- Errores e inexactitudes diferentes al la prestación del servicio de salud. - Renovación automática

- R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas

- Los procedimientos esteticos y de cirugía plástica salvo que se trate de una cirugía reconstructiva por malformaciones congenitas o en caso de accidente.

- FIN DE LA SECCION -

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93 AGENTE RETENEDOR DEL IVA SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5098 DE JUNIO 21 DE 2013
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

NIT 891.700.037-9 Cra. 14 No. 96 - 34 PBX: 6503300 fax: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co A.A.: 28525 Bogotá, D.C., Colombia

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R. : VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A. : VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 01 de 2016 COP. No. **4**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

CODIGO RUBRO.....: **11411143210300000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB**

SALDO DE DISPONIBILIDADES : .00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 18.244.556.200.00
SALDO DE APROPIACION : 18.244.556.200.00

EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: VIVIANA FERNANDA MENESES ROMER.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
CONTRATACION PERSONAL ASISTENCIAL HSB ENERO 2016

POR UN VALOR INICIAL DE : **2,169,272,278.00**
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **2,169,272,278.00**
DOS MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: .00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 16.075.283.922.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (90) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EDICION.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ORIGINAL Fec-Imp: 2016/01/06 Hor-Imp: 16:31:31 Usu-Imp: admpre Ter: presup3 AAAA/MM: 2016-01 Dep: T05A copcdi 4.1.3

DXP1

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AsP – 0972 – 2016
CONTRATISTA: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE CC. 53164726
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 31 DE ENERO DE 2016, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO
VALOR: SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.300.000)

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula número **53164726** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA;** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AsP – 0972 – 2016** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con cargo a la disponibilidad presupuestal **No.** 004, el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que a continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO**: **MÉDICO GENERAL - SUPERVISOR DE URGENCIAS. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS**: **1) Valoración médica. 2) Reconocer los límites de su competencia y responsabilidad, recabando o realizando según sea el caso la interconsulta con otros niveles asistenciales o especialidades cuando la situación clínica así lo requiera; 3) Atención al paciente según la necesidad del servicio en los servicios de pre-hospitalización, urgencia, APH; 4) Clasificación triage cuando la necesidad del servicio lo requiera; 5) Estabilización de pacientes críticos; 6) Realización de maniobras básica y avanzada; 7) Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato; 8) Diligenciar la historia clínica de acuerdo a la atención médica de cada paciente y sus otros componentes que hagan parte integral de la atención médica; 9) Realizar formula médica de acuerdo a la atención prestada a cada paciente; 10) Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva de la atención médica; 11) Diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio; 12) Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado; 13) Sensibilización en derechos y deberes en los pacientes; 14) Cumplir con los procesos procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; 15) Asistir a las capacitaciones y actividades según la programación institucional; 17) Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso; 18) Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades; 19) Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional; 20) Cumplimiento de los turnos presenciales o de disponibilidad establecidos por la institución de acuerdo a las necesidades del servicio y la oportunidad requerida en la atención y de acuerdo a los cronogramas para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 21) Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual. CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propios del objeto contractual en ejecución. **b)** Responder por los bienes y/o elementos entregados a su cargo, velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos de propiedad del Hospital que sean destinados para el

cumplimiento de sus actividades, so pena de responder como contratista por el daño o pérdida de los implementos utilizados, ya sea en reposición o al precio comercial del bien, descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir, autorización que se entiende expresa y escrita por cada caso en particular. **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten. **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado. **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes. **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL. **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad. **h)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato. **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio. **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros. **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación. **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere. **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento. **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten. **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **p)** Asumir el incumplimiento u omisión que en desarrollo de sus actividades genere perjuicios económicos al HOSPITAL. Para el caso de glosas u objeciones definitivas, se evaluarán y determinarán en comité de glosas al interior del Hospital y serán comunicadas las decisiones al contratista, autorizando el descuento respectivo que se genere. **q)** El contratista deberá tomar todas las medidas adecuadas para evitar la contaminación ambiental, la prevención de riesgos durante la ejecución de sus operaciones o actividades y cumplirá con todas las leyes ambientales, aplicable. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades. **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL. **CLAUSULA CUARTA.- VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.300.000)**, de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 31 de enero de 2016 y con una duración de **180** horas mensuales, contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por el hospital, quien delega dicha facultad en **REFERENTE SERVICIO DE URGENCIAS** quien se encargará de: **1)** Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2)** Informar al jefe oficina de contratación cualquier modificación a las condiciones o clausulas contenidas en este contrato. **3)** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **4)** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **5)** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15,

16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.-GARANTIAS:** El CONTRATISTA garantizará al HOSPITAL, que constituirá o que cuenta con póliza especial de responsabilidad civil medica profesional, cuyo amparo para médicos general no puede ser menor a cien (100) SMLMV y para médicos especializados no menor a doscientos (200) SMLMV, de tal manera que por su actuar en desarrollo de este contrato mantenga indemne a la entidad frente a posibles reclamaciones que se formulen argumentando falla del servicio; siendo beneficiarios los terceros afectados. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA SEXTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad. **2)** Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal. **3)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA. **4)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. **5)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales). **6)** Acta de inicio de contrato. **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 01 días del mes de enero de 2016.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA.

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
Cédula No. 53164726

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 01 de 2016 CRP. No. **988**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2016 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: B01A CONSULTA URGENCIAS

CODIGO RUBRO.....: **1141114321030000000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 4

LA SUMA INICIAL DE : **6,300,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **6,300,000.00**
SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MEDICO DE URGENCIAS OPS 0972.16
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 0972.16
A NOMBRE DE: **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE**
C.C. o NIT : **53164726**
OBJETO : VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Enero DE 2016.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 0972 - 2016

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

OBJETO: MÉDICO GENERAL - SUPERVISOR DE URGENCIAS

FECHA DE INICIO: 01 DE ENERO DE 2016

PLAZO DE EJECUCION: 31 DE ENERO DE 2016

VALOR CONTRATO: SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/TE. ($6.300.000)

En Bogotá, a los 01 días del mes de enero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 0972 - 2016, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 31 de enero de 2016.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 2069 - 2016

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

OBJETO: MEDICO GENERAL - SUPERVISOR URGENCIAS NOCHE

FECHA DE INICIO: 01 DE FEBRERO DE 2016

PLAZO DE EJECUCION: 30 DE ABRIL DE 2016

VALOR CONTRATO: DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/TE. ($19845000)

En Bogotá, a los 01 días del mes de febrero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No. 2069- 2016, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 30 de abril de 2016.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AsP – 2069 – 2016
CONTRATISTA: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE Cédula No. 53164726
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2016, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO
VALOR: DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($ 19845000)

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula número **53164726** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA;** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AsP – 2069 – 2016** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con cargo a la disponibilidad presupuestal **No. _____,** el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que a continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO**: **MEDICO GENERAL - SUPERVISOR URGENCIAS NOCHE. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS**: **1) Valoración médica. 2) Reconocer los límites de su competencia y responsabilidad, recabando o realizando según sea el caso la interconsulta con otros niveles asistenciales o especialidades cuando la situación clínica así lo requiera; 3) Atención al paciente según la necesidad del servicio en los servicios de pre-hospitalización, urgencia, APH; 4) Clasificación triage cuando la necesidad del servicio lo requiera; 5) Estabilización de pacientes críticos; 6) Realización de maniobras básica y avanzada; 7) Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato; 8) Diligenciar la historia clínica de acuerdo a la atención médica de cada paciente y sus otros componentes que hagan parte integral de la atención médica; 9) Realizar formula médica de acuerdo a la atención prestada a cada paciente; 10) Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva de la atención médica; 11) Diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio; 12) Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado; 13) Sensibilización en derechos y deberes en los pacientes; 14) Cumplir con los procesos procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; 15) Asistir a las capacitaciones y actividades según la programación institucional; 17) Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso; 18) Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades; 19) Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional; 20) Cumplimiento de los turnos presenciales o de disponibilidad establecidos por la institución de acuerdo a las necesidades del servicio y la oportunidad requerida en la atención y de acuerdo a los cronogramas para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 21) Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual. CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propios del objeto contractual en ejecución. **b)** Responder por los bienes y/o elementos entregados a su cargo, velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos de propiedad del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades, so pena de responder como contratista por el daño o pérdida de los implementos

utilizados, ya sea en reposición o al precio comercial del bien, descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir, autorización que se entiende expresa y escrita por cada caso en particular. **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten. **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado. **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes. **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL. **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad. **h)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato. **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio. **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros. **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación. **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere. **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento. **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten. **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **p)** Asumir el incumplimiento u omisión que en desarrollo de sus actividades genere perjuicios económicos al HOSPITAL. Para el caso de glosas u objeciones definitivas, se evaluarán y determinarán en comité de glosas al interior del Hospital y serán comunicadas las decisiones al contratista, autorizando el descuento respectivo que se genere. **q)** El contratista deberá tomar todas las medidas adecuadas para evitar la contaminación ambiental, la prevención de riesgos durante la ejecución de sus operaciones o actividades y cumplirá con todas las leyes ambientales, aplicable. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades. **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL. **CLAUSULA CUARTA.- VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($ 19845000)**, pagaderos en mensualidades de **SEIS MILLONES SEISCIENTOS QUINCE MIL PESOS M/CTE ($ 6615000)** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 30 de abril de 2016 y con una duración de **180** horas mensuales, contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por el hospital, quien delega dicha facultad en **MÉDICO REFERENTE SERVICIO DE URGENCIAS** quien se encargará de: **1)** Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2)** Informar al jefe oficina de contratación cualquier modificación a las condiciones o clausulas contenidas en este contrato. **3)** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **4)** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **5)** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran

en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.-GARANTIAS:** El CONTRATISTA garantizará al HOSPITAL, que constituirá o que cuenta con póliza especial de responsabilidad civil medica profesional, cuyo amparo para médicos general no puede ser menor a cien (100) SMLMV y para médicos especializados no menor a doscientos (200) SMLMV, de tal manera que por su actuar en desarrollo de este contrato mantenga indemne a la entidad frente a posibles reclamaciones que se formulen argumentando falla del servicio; siendo beneficiarios los terceros afectados. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA SEXTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad. **2)** Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal. **3)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA. **4)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. **5)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales). **6)** Acta de inicio de contrato. **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 01 días del mes de febrero de 2016.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo

EL CONTRATISTA.

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
Cédula No. 53164726

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Marly Rocio Castellanos Sánchez

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-CT-FO-007	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar Subred Norte E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 1	

1007

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 2069
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 05 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2016 MES 02 DÍA 1	FECHA TERMINACIÓN: AA 2016 MES 06 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 33.075.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`615.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.06.2016 - 30.06.2016	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES- ASISTENCIA A ACTIVIDADES A EDUCACION MEDICA CONTINUA	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI	NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?		X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X	
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X	
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X	
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	x	
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
53164726009

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8312685578

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR/
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
	8312685578
	6/14/2016
Número de Autorización Pago	12685578
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Junio 2016
	Junio 2016
	Junio 2016
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$762.600
Total Interes Mora	$4.500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$428.100	1
EPS008	Compensar EPS	$334.500	1

TIPO DOC..	CC
NO. DOCUMENTO:	53164726
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.660.000	2.660.000	0	0	332.500	425.600	0	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 06/17/2016 06:23:08
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACION	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2014	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1033

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 972
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 01 MES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2016 MES 01 DÍA 1	FECHA TERMINACIÓN: AA 2016 MES 01 DÍA 31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 6.300.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 6'300.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.01.2016 - 31.01.2016	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 168

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES- ASISTENCIA A ACTIVIDADES A EDUCACION MEDICA CONTINUA	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	Nerys X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8308323803

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR
	CC 53164726
Número Planilla	8308323803
Fecha de Pago	1/18/2016
Número de Autorización de Pago	8323803
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Enero 2016
Periodo Cotización Pensión	Enero 2016
Periodo Cotización Caja	Enero 2016
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$724.600
Total Interes Mora	$6.400

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$406.800	1
EPS008	Compensar EPS	$317.800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 01/18/2016 18:52:41
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2014	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

59

OTROS SI PARA LA ADICIÓN No 001 Y PRORROGA No 001 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N.º 2069 DE 2016 SUSCRITO ENTRE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE - UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR E.S.E. Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Entre los suscritos a saber, por una parte, **MARIA CLEMENCIA PINZÓN IREGUI**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 51.754.728 de Bogotá, D.C., en su calidad de **GERENTE** de la Sub Red integrada de Servicios de Salud Norte, Unidad de Prestación de Servicios de Salud Hospital Simón Bolívar E.S.E. con Nit. 800196433-9, de conformidad con el Decreto N° 171 del ocho (08) de abril de dos mil dieciséis (2016) expedido por el alcalde Mayor de Bogotá D.C., quien para los efectos del presente contrato en adelante se denominará la **SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,** y por otra parte **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE**, identificado(a) con la Cédula No. 53164726, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente OTRO SI, previa las siguientes consideraciones: **a)** Mediante Acuerdo N° 641 de abril 06 de 2016, expedido por el Concejo de Bogotá, D.C. se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá Distrito Capital, se modifica el Acuerdo N° 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. **b)** Que el Acuerdo en mención tiene por objeto efectuar la reorganización del Sector Salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual determinó la fusión de algunas entidades y la creación de otras. **c)** Que el Acuerdo N° 641 de 2016 fusionó, entre otras, las Empresas Sociales del Estado Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar en la Empresa Social del Estado denominada Subred integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **d)** Que cada una de las cuatro Empresas Sociales del Estado producto de la fusión, esto es, (1) Subred integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., (2) Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., (3) Subred integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y (4) Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., prestarán servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad y se articulan en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital. **e)** Que con el fin de efectuar la expedición de los actos administrativos, presupuestales y demás trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión de las Empresas Sociales del Estado, se establece un período de transición de un año contado a partir de la expedición del Acuerdo 641 de 2016. **f)** Que el Acuerdo N° 641 de 2016 subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas. **g)**. Que al momento de expedirse el Acuerdo N° 641 de 2016, la Empresa Social del Estado Hospital Simón Bolívar - hoy fusionada en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. - tenía suscrito el contrato **No 2069 de 2016** con **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE,** cuyo objeto es "MEDICO GENERAL - SUPERVISOR URGENCIAS NOCHE", cuyo plazo de ejecución y/o su valor o saldo por ejecutar se encontraban vigentes. **h)** Que al subrogarse – por virtud del Acuerdo 641 de 2016 - en la Subred Integrada de Prestación de Servicios Norte E.S.E. las obligaciones y los derechos contraídos a través del contrato **No 2069 de 2016** por la E.S.E. Hospital Simón Bolívar, será aquella quien asuma la calidad de contratante. **i)** Que por necesidades de los servicios se hace necesario adicionar y prorrogar el presente contrato de prestación de servicios, necesidad esta que fue aprobada por el ordenador del gasto. **j)** Que para la presente adición se cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 89 de 2016, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial de la Unidad Prestadora de Servicios de salud- Hospital Simón Bolívar **k)** Que por lo anterior hemos acordado: **CLAUSULA PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en la Cláusula Quinta del contrato **No 2069 de 2016**, por el término de dos (2) meses, hasta el 30 de junio de 2016. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Adicionar a la cláusula cuarta del contrato **No 2069 de 2016**, el valor de **TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($13230000),** pagaderos en mensualidades de **SEIS MILLONES SEISCIENTOS QUINCE MIL PESOS M/CTE ($6615000),** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. **TERCERA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación. Para constancia se firma a los 29 días del mes de abril de 2016.

EL HOSPITAL

MARIA CLEMENCIA PINZÓN IREGUI
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

EL CONTRATISTA

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
Cédula No. 53164726

Proyectó: Marly Rocío Castellanos Sánchez
Abogada – Grupo funcional de Contratación

Revisó: Sonia Esmeralda Sánchez Rodríguez
Subgerente Administrativa

UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR
SUBGERENCIA FINANCIERA Y COMERCIAL

CERTIFICADO DE REGISTRO
Presupuestal Numero :317

UNIDAD EJECUTORA : UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR — CODIGO : 226311001 - UNI

FECHA REG : 29/04/2016 — CONTRATO NRO. : P.ASISTENCIAL HSB

CERTIFICA

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARRTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAS SIDO *REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA* FISCAL DEL AÑO 2016 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

RUBRO PRESUPUESTAL	DESCRIPCION	No. DISPONIBILIDAD	VALOR
321030505	CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB	69	4.780.203.800

Valor Total Registro Presupuestal : $4.780.203.800,0
0

A NOMBRE DE :UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL SIMON BOLIVAR

OBJETO :SOLICITUD DSIPONIBILIDAD PARA ADICIONES Y PRORROGAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL HSB POR PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL PERIODO DE MAYO DE 2016, REGISTRO GLOBAL NOMINA DEL MES DE MAYO DE 2016

El presente Registro Presupuestal se expide en Bogotá el 29/04/2016

EL RESPONSABLE DE PRESUPUESTO

NOTA : SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SOMETIDA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO CONTRACTUAL LEGAL ESTABLECIDO

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1036

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 2069
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 03 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2016 MES 02 DÍA 1	FECHA TERMINACIÓN: AA 2016 MES 04 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 19.845.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`615.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.04.2016 - 30.04.2016	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES- ASISTENCIA A ACTIVIDADES A EDUCACION MEDICA CONTINUA	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	x		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8310653328

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR/
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8310653328
Fecha de Pago	4/20/2016
Número de Autorización de Pago	1000000606
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Abril 2016
Periodo Cotización Pensión	Abril 2016
Periodo Cotización Caja	Abril 2016
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$767.000
Total interes Mora	$8.900

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$430.600	1
EPS008	Compensar EPS	$336.400	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	53164726
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.660.000	2.660.000	0	0	332.500	425.600	0	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 04/20/2016 21:19:04
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2014	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1041

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 2069
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 05 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2016 MES 02 DÍA 1	FECHA TERMINACIÓN: AA 2016 MES 06 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 33.075.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`615.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.05.2016 - 31.05.2016	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES- ASISTENCIA A ACTIVIDADES A EDUCACION MEDICA CONTINUA	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	x		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8311524785

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensarmidenta.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8311524785
Fecha de Pago	5/16/2016
Número de Autorización de Pago	11524785
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2016
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2016
Periodo Cotización Caja	Mayo 2016
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$765.100
Total Interes Mora	$7.000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$429.500	1
EPS008	Compensar EPS	$335.600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.660.000	2.660.000	0	0	332.500	425.600	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 05/17/2016 10:47:22
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2014	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1045

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA — No. ORDEN 2069
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726 — CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS
DURACIÓN DE LA ORDEN 03 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2016 MES 02 DÍA 1 — FECHA TERMINACIÓN: AA 2016 MES 04 DÍA 29
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 19.845.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`615.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.03.2016 - 31.03.2016 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 168

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES- ASISTENCIA A ACTIVIDADES A EDUCACION MEDICA CONTINUA	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	x		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8309867139

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8309867139
Fecha de Pago	3/14/2016
Número de Autorización de Pago	9867139
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Marzo 2016
Periodo Cotización Pensión	Marzo 2016
Periodo Cotización Caja	Marzo 2016
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$764.200
Total Interes Mora	$6.100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$429.000	1
EPS008	Compensar EPS	$335.200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.660.000	2.660.000	0	0	332.500	425.600	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Identificación	53164726	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	6744188
Razón Social	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	Dirección	kr 50 no 163 b 80 in 1 ap 304	Fecha Pago	19/11/2015
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Noviembre-15
Banco	1052	No. Planilla	8306751728	Periodo Pensión	Noviembre-15
Total a Pagar	$725,600	Total Intereses Mora	$7,400	Estado	Pagada
Número Días en Mora	13				

compensar | miplanilla.com

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$2,520,000	$403,200	$0	$0	$0	$0	$4,200	403200	$407,400
Totales				$2,520,000	$403,200	$0	$0	$0	$0	$4,200	$403,200	$407,400

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	1	$2,520,000	$315,000	$0	$3,200		$0		$0		315000	$318,200
Totales				$2,520,000	$315,000	$0	$3,200		$0		$0		$315,000	$318,200

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 Icontec Certificado Nº SI 005-1

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 03/23/2016 05:25:06
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2014	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1044

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA — No. ORDEN 2069
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726 — CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS
DURACIÓN DE LA ORDEN 03 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2016 MES 02 DÍA 1 — FECHA TERMINACIÓN: AA 2016 MES 04 DÍA 29
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 19.845.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 6'615.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.02.2016 - 29.02.2016 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 168

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES- ASISTENCIA A ACTIVIDADES A EDUCACION MEDICA CONTINUA	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	Nery s X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8309583991

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR/
[illegible]	CC 53164726
Número Planilla	8309583991
Fecha de Pago	2/17/2016
Número de Autorización de Pago	9583991
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
[illegible]	Febrero 2016
Periodo Cotización Pensión	Febrero 2016
Periodo Cotización Caja	Febrero 2016
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$766.100
Total Interes Mora	$8.000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$430.100	1
EPS008	Compensar EPS	$336.000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.660.000	2.660.000	0	0	332.500	425.600	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 02/18/2016 02:27:21
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2014	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

camilo
13-06/16
HF

Bogotá D.C 13 junio 2016

Doctor:
CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
Coordinador de urgencias
HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E.
Ciudad

Cordial Saludo,

por medio de la presente me permito solicitar la terminación de mi contrato, como prestador de servicio en el cargo de MEDICO LIDER DE URGENCIAS NOCHE, a partir del día 30 de junio del 2016 como ultimo día laborado, debido a que por motivos personales, no es posible continuar en esta labor.

Agradeciendo la oportunidad que me fue brindada en la institución

Cordialmente,

Dra. Angela Valderrama
Médico General
R.M. 1299 (H)

DRA ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
CC 53.164.726 Bogotá
Medico General
Servicio urgencias

cc
Subgerencia Administrativa.

729
Lindo
290616
2312

Bogotá D.C 13 junio 2016

Doctor:
CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
Coordinador de urgencias
HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E.
Ciudad

Cordial Saludo,

por medio de la presente me permito solicitar la terminación de mi contrato, como prestador de servicio en el cargo de MEDICO LIDER DE URGENCIAS NOCHE, a partir del día 30 de junio del 2016 como ultimo día laborado, debido a que por motivos personales, no es posible continuar en esta labor.

Agradeciendo la oportunidad que me fue brindada en la institución

Cordialmente,

Dra. Angela Valderrama
Médico General
R.M. 1299/10

DRA ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
CC 53.164.726 Bogotá
Medico General
Servicio urgencias

cc
Subgerencia Administrativa.

Proveedor de SVCA/ACLS

American Heart Association®

VALDERRAMA CORREA ANGELA

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

~~Julio 6 de 2014~~
Fecha de emisión

~~Julio 6 de 2016~~
Fecha de actualización recomendada

Nombre del centro de entrenamiento: P.L.A Export Editores S.A ZL20074

Información del centro de entrenamiento: Bogotá -Colombia 6193036

Lugar del curso: Bogotá -Colombia

Nombre del instructor: Alexandra Martínez 01112258009

Firma del titular:

© 2011 American Heart Association. *Manipular esta tarjeta alterará su apariencia.* 90-2319US

Archivar copia contratos

Bogotá D.C 13 junio 2016

Doctor:
CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
Coordinador de urgencias
HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E.
Ciudad

Cordial Saludo,

por medio de la presente me permito solicitar la terminación de mi contrato, como prestador de servicio en el cargo de MEDICO LIDER DE URGENCIAS NOCHE, a partir del día 30 de junio del 2016 como ultimo día laborado, debido a que por motivos personales, no es posible continuar en esta labor.

Agradeciendo la oportunidad que me fue brindada en la institución

Cordialmente,

Dra. Angela Valderrama
Médico General
R.M. 1299/11

DRA ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
CC 53.164.726 Bogotá
Medico General
Servicio urgencias

cc
Subgerencia Administrativa.

Recibí
13-06-2016
3:30

2312

947

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 1548
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO GENERAL URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 2 MES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 90
FECHA INICIO: AA 2014 MES 09 DÍA 1	FECHA TERMINACIÓN: AA 2014 MES 10 DÍA 31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 39'600.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1'980.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.10.2014 - 31.10.2014	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 90

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO YENTREGA DE TURNO CON EL DILIGENCIMIENTO DE LOS LIBROS CORRESPONDIENTES, Y VELAR POR EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.	✓		
2	EVOLUCION DE PACIENTES	✓		
3	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	✓		
4	REANIMACION CARDIOPULMONAR	✓		
5	SUPERVISION DE INTERNOS	✓		
6	TRIAGE, Y CONSULTA DE URGENCIAS	✓		
7	SOLICITUD DE INTERCONSULTAS	✓		

	SI	NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?		✓
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	✓	
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	✓	
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	✓	
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	✓	
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL		PARCIAL

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Angela Katheryne Valderrama C.
C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Identificación	53164726	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	6744188
Razón Social	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	Dirección	kr 50 no 163 b 80 in 1 ap 304	Fecha Pago	21/10/2014
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ	Periodo Salud	Octubre-01
Banco	1023	No. Planilla	8375811797	Periodo Pensión	Octubre-01
Total a Pagar	$447,152	Total Intereses Mora	$3,000	Estado	Pagada
Número Días en Mora	15				

compensar | miplanilla.com

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$880,000	$140,800	$0	$0	$0	$0	$1,700	140800	$142,500
Totales				$880,000	$140,800	$0	$0	$0	$0	$1,700	$140,800	$142,500

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	3	$880,000	$110,000	$191,100	$1,300		$0		$0		301100	$304,652
Totales				$880,000	$110,000	$191,100	$1,300		$0		$0		$301,100	$304,652

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° SI 005-1

compensar | miplanilla.com

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO
CC	53164726	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	U	PRINCIPAL	PPAL

PERIODOS DE COTIZACIÓN

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS PROF CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS PROF CCF, SENA, ICBF AÑO	NÚMERO RADICACIÓN	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	CÓDIGO OPERADOR	ACTIVIDAD ECONOMICA	APORTANTE EXONERADO PAGO DE PARAFISCALES Y SALUD
9	2014	9	2014	8370207847	2014/09/22	83	7490	NO

DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	TELEFÓNO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO ADMINIS	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN
kr 50 no 163 b 80 in 1 ap 304	BOGOTÁ D. C.	11	BOGOTÁ	11001	6744188		katheryn116@yahoo.com	TODOS	TODOS	TODOS	

CENTRO DE TRABAJO: TODOS — NIT EMPRESA CONVENIO: TODOS

LIQUIDACIÓN DETALADA DE APORTES

No.	TIPO DOC	No DE DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	TIPO COTIZ	COT SUBTIPO	EXTRANJE	EXTERI COLOMBI	EGR SALARIO	COTIZ PENSIÓN	FSP SUB SOLIDARIDAD	FSP SUB SUBSISTENCIA	APORTE VOLUNT PENSIÓN	COTIZ SALUD	UPC ADICI
1	CC	1032452514	VALDERRAMA CORREA YERLIN MELISSA	EPS008																					0	0	0	0	40	0				$0	$0	$0	$0	$0	$128,500
2	CC	1032475550	VALDERRAMA CORREA ROSA ANGELICA	EPS008																					0	0	0	0	40	0				$0	$0	$0	$0	$0	$62,600
3	CC	53164726	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE	EPS008	230301																				680,000	680,000	0	0	3	0				$140,900	$0	$0	$0	$110,000	$0

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

Identificación	53164726	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	6744188
Razón Social	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	Dirección	kr 50 no 163 b 80 in 1 ap 304	Fecha Pago	21/10/2014
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ	Periodo Salud	Octubre-01
Banco	1023	No. Planilla	8375811797	Periodo Pensión	Octubre-01
Total a Pagar	$447,152	Total Intereses Mora	$3,000	Estado	Pagada
Número Días en Mora	15				

compensar | miplanilla.com

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$880,000	$140,800	$0	$0	$0	$0	$1,700	140800	$142,500
Totales				$880,000	$140,800	$0	$0	$0	$0	$1,700	$140,800	$142,500

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	3	$880,000	$110,000	$191,100	$1,300		$0		$0		301100	$304,652
Totales				$880,000	$110,000	$191,100	$1,300		$0		$0		$301,100	$304,652

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° SI 304-1

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Octubre 29 de 2014 CRP. No. 9303

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2014 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: B01A CONSULTA URGENCIAS

CODIGO RUBRO.....: **1141114321030000000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1575

LA SUMA INICIAL DE : **5,940,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **5,940,000.00**
CINCO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MEDICO GENERAL OPS.1548/14
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1548/14
A NOMBRE DE: **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE**
C.C. o NIT : **53164726**
OBJETO : VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 29 DIAS DEL MES DE Octubre DE 2014.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

947

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 1548
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO GENERAL URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 3 MES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 90
FECHA INICIO: AA 2014 MES 09 DÍA 1	FECHA TERMINACIÓN: AA 2014 MES 11 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 5940000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1'980.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.11.2014 - 30.11.2014	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 90

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO YENTREGA DE TURNO CON EL DILIGENCIMIENTO DE LOS LIBROS CORRESPONDIENTES, Y VELAR POR EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.	X		
2	EVOLUCION DE PACIENTES	X		
3	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	X		
4	REANIMACION CARDIOPULMONAR	X		
5	SUPERVISION DE INTERNOS	X		
6	TRIAGE, Y CONSULTA DE URGENCIAS	X		
7	SOLICITUD DE INTERCONSULTAS	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ
Número de Planilla 8382459202

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR/
Tipo y Numero de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8382459202
Fecha de Pago	11/19/2014
Número de Autorización de Pago	17766263
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Numero de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Noviembre 2014
Periodo Cotización Pensión	Noviembre 2014
Periodo Cotización Caja	Noviembre 2014
Numero de Administradoras	2
Total Pagado	$446.002
Total interes Mora	$4.102

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$142.100	1
EPS008	Compensar EPS	$303.902	3

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	1032452514
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA YERLIN MELISSA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008		128.500	0	0	0	0	0	0	0	0

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	1032475550
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA ROSA ANGELICA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008		62.600	0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	880.000	880.000	0	0	110.000	140.800	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO 53164726

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Identificación	53164726	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	6744188
Razón Social	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	Dirección	kr 50 no 163 b 80 in 1 ap 304	Fecha Pago	19/11/2014
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ	Periodo Salud	Noviembre-01
Banco	1023	No. Planilla	8382459202	Periodo Pensión	Noviembre-01
Total a Pagar	$446,002	Total Intereses Mora	$2,300	Estado	Pagada
Número Días en Mora	12				

compensar | miplanilla.com

PENSION

Codigo	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interes Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$880,000	$140,800	$0	$0	$0	$0	$1,300	140800	$142,100
Totales				$880,000	$140,800	$0	$0	$0	$0	$1,300	$140,800	$142,100

SALUD

Codigo	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interes Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	3	$880,000	$110,000	$191,100	$1,000		$0		$0		301100	$303,902
Totales				$880,000	$110,000	$191,100	$1,000		$0		$0		$301,100	$303,902

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° SI 006-1

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-285-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

096

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 1548
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO GENERAL URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 4 MES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 90
FECHA INICIO: AA 2014 MES 09 DÍA 1	FECHA TERMINACIÓN: AA 2014 MES 12 DÍA 31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 7920000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1'980.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.12.2014 - 31.12.2014	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica) 90

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO YENTREGA DE TURNO CON EL DILIGENCIMIENTO DE LOS LIBROS CORRESPONDIENTES, Y VELAR POR EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.	X		
2	EVOLUCION DE PACIENTES	X		
3	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	X		
4	REANIMACION CARDIOPULMONAR	X		
5	SUPERVISION DE INTERNOS	X		
6	TRIAGE, Y CONSULTA DE URGENCIAS	X		
7	SOLICITUD DE INTERCONSULTAS	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ
Número de Planilla 8387754086

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

	ANGELA KATHERYNE VALDERR
	CC 53164726
	8387754086
	12/4/2014
	9720500555
	1019
	$0

	1
	Diciembre 2014
	Diciembre 2014
	Diciembre 2014
	2
	$441,900
	$0

230301	Porvenir	$140,800	1
EPS008	Compensar EPS	$301,100	3

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	1032452514
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA YERLIN MELISSA

EPS008		128,500	0	0	0	0	0	0	0	0

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	1032475550
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA ROSA ANGELICA

EPS008		62,600	0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	880.000	880.000	0	0	110.000	140.800	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

CODIEPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Identificación	53164726	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	6744188
Razon Social	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	Dirección	kr 50 no 163 b 80 in 1 ap 304	Fecha Pago	04/12/2014
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ	Periodo Salud	Diciembre-01
Planilla	1019	No. Planilla	8387754086	Periodo Pensión	Diciembre-01
Total a Pagar	$441,900	Intereses Mora	$0	Estado	Pagada
Número Declaración	0				

compensar | miplanilla.com

PENSIÓN

Código	Entidad	Nit	Afiliados	Salario Básico	Cotización	Voluntario Aportes Afiliado	Voluntario Aportes Empresa	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total Interés Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$880,000	$140,800	$0	$0	$0	$0	$0		$140,800
Totales				$880,000	$140,800	$0	$0	$0	$0	$0		$140,800

SALUD

Código	Entidad	Nit	Afiliados	Salario Básico	Cotización	UPC	Interés Mora	Incapacidades	Valor Incapacidad	Autorización Licencia	Valor Licencia	Saldo a Favor	Interés	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	3	$880,000	$110,000	$191,100	$0		$0		$0		301100	$301,100
Totales				$880,000	$110,000	$191,100	$0		$0		$0		$301,100	$301,100

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

1014 Bosa de datos 947

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 1548
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO GENERAL URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 1 MES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 90
FECHA INICIO: AA 2014 MES 09 DÍA 1	FECHA TERMINACIÓN: AA 2014 MES 09 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 1960000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1'980.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.09.2014 - 30.09.2014	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 90

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO YENTREGA DE TURNO CON EL DILIGENCIMIENTO DE LOS LIBROS CORRESPONDIENTES, Y VELAR POR EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.	✓		
2	EVOLUCION DE PACIENTES	✓		
3	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	✓		
4	REANIMACION CARDIOPULMONAR	✓		
5	SUPERVISION DE INTERNOS	✓		
6	TRIAGE, Y CONSULTA DE URGENCIAS	✓		
7	SOLICITUD DE INTERCONSULTAS	✓		

	SI	NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?		✓
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	✓	
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	✓	
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	✓	
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	✓	
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	✓	PARCIAL

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ
Número de Planilla 8370207847

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR/
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8370207847
Fecha de Pago	9/22/2014
Número de Autorización de Pago	9720500154
Banco	1019
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2014
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2014
Periodo Cotización Caja	Septiembre 2014
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$448.226
Total Interes Mora	$6.326

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$142.800	1
EPS008	Compensar EPS	$305.426	3

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1032452514
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA YERLIN MELISSA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSION	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008		128.500	0	0	0	0	0	0	0	0

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1032475550
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ROSA ANGELICA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSION	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008		62.600	0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

7 562 62

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: VALDERRAMA CORREA ANGELA CATHERINE	No. ORDEN 765
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO GENERAL URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 3 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 90
FECHA INICIO: AA 2014 MES 01 DÍA 01	FECHA TERMINACIÓN: AA 2014 MES 3 DÍA 31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 11'880.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 3'960.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.3.2014 - 31.3.2014	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 90

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO YENTREGA DE TURNO CON EL DILIGENCIMIENTO DE LOS LIBROS CORRESPONDIENTES, Y VELAR POR EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.	/		
2	EVOLUCION DE PACIENTES	/		
3	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	/		
4	REANIMACION CARDIOPULMONAR	/		
5	SUPERVISION DE INTERNOS	/		
6	TRIAGE, Y CONSULTA DE URGENCIAS	/		
7	SOLICITUD DE INTERCONSULTAS	/		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	/		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	/		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?			/
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	/		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	/	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

VALDERRAMA CORREA ANGELA CATHERINANTOS
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Angela Catherine Valderrama
C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

ANYELA MAYELY CAMARGO BEDOYA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 52095602
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
IDENTIFICACION:	CC-53164726
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2014-03-18
FECHA DE PAGO:	2014-03-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2014-03
PERIODO SALUD:	2014-03
NUMERO PLANILLA:	8604136156
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8603678241
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 300	$ 100.000	$ 100.300
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 400	$ 128.000	$ 128.400
					Total a pagar	$ 228.700

PAGADO

PLANILLA NRO. 8604136156 Tipo I 2014 ASOPAGOS
03

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARP	CÓDIGO OPERADOR
CC	53164726	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	ÚNICO	0	0	2014-03	2014-03	8604136156	8603678241	PRIVADA	1	SINARP	66

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LÍMITE DE PAGO
KR 20 A 173 A 03 INT 8 AP 332	BOGOTA	1	DISTRITO CAPITA	11	5266063	1	angelakatherynev@hotmail.com	0090	616000	1	2014-03-05	2014-03-06

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS008	860066942	100300	0		0		0	100300	4	300	0	100300	0	0	0	0	100300	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	800224808	128000	0	0	0	4	400	0	128400	1

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓD / NOMBRE ARP	NIT ARP	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
SINARP	0	0		0	0	0	4	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	4	0	0	1

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	4	0	0	1

NÚMERO ADMINISTRADORAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS PROFESIONALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	1

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

PENSIONES	128400
SALUD	100300
RIESGOS PROFESIONALES	0
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	228700

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: VALDERRAMA CORREA ANGELA CATHERINE	No. ORDEN 765
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO GENERAL URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 3 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180:
FECHA INICIO: AA 2014 MES 01 DÍA 01	FECHA TERMINACIÓN: AA 2014 MES 2 DÍA 28
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 11'880.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 3'432.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.2.2014 - 28.2.2014	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 156

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO YENTREGA DE TURNO CON EL DILIGENCIMIENTO DE LOS LIBROS CORRESPONDIENTES, Y VELAR POR EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.	/		
2	EVOLUCION DE PACIENTES	/		
3	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	/		
4	REANIMACION CARDIOPULMONAR	/		
5	SUPERVISION DE INTERNOS	/		
6	TRIAGE, Y CONSULTA DE URGENCIAS	/		
7	SOLICITUD DE INTERCONSULTAS	/		

	SI	NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?	/	
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	/	
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	/	
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	/	
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	/	
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL		PARCIAL /

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

VALDERRAMA CORREA ANGELA CATHERINANTOS
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Angela Valderrama.
C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

ANYELA MAYELY CAMARGO BEDOYA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 52095602
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
IDENTIFICACION:	CC-53164726
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2014-02-25
FECHA DE PAGO:	2014-02-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2014-02
PERIODO SALUD:	2014-02
NUMERO PLANILLA:	8603076083
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8603678241
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.500	$ 100.000	$ 101.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 2.000	$ 128.000	$ 130.000
					Total a pagar	$ 231.500

PLANILLA NRO. 8603076083 Tipo I 2014 02

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARP	CÓDIGO OPERADOR
CC	53164726	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	ÚNICO	0	0	2014-02	2014-02	8603076083	8603678241	PRIVADA	I	SINARP	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
KR 20 A 173 A 03 INT 8 AP 332	BOGOTA	1	DISTRITO CAPITA	11	5266063	1	angelakatherynev@hotmail.com	0890	616000	1	2014-02-06	2014-02-06

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS008	860066942	100000	0		0		0	100000	19	1500	0	101500	0	0	0	0	101500	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	800224808	128000	0	0	0	19	2000	0	130000	1

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓD / NOMBRE ARP	NIT ARP	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
SINARP	0	0		0	0	0	19	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF				
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	19	0	0	1

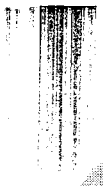
SENA				
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	19	0	0	1

NÚMERO ADMINISTRADORAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS PROFESIONALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	1

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

PENSIONES	130000
SALUD	101500
RIESGOS PROFESIONALES	0
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	231500



ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
IDENTIFICACION:	CC-53164726
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2014-02-25
FECHA DE PAGO:	2014-02-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2014-02
PERIODO SALUD:	2014-02
NUMERO PLANILLA:	8603076083
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8603678241
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.500	$ 100.000	$ 101.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 2.000	$ 128.000	$ 130.000
					Total a pagar	$ 231.500

PLANILLA NRO. 8603076083 Tipo I 2014 02

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARP	CÓDIGO OPERADOR
CC	53164726	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	ÚNICO	0	0	2014-02	2014-02	8603076083	8603678241	PRIVADA	I	SINARP	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
KR 20 A 173 A 03 INT 8 AP 332	BOGOTA	1	DISTRITO CAPITA	11	5266063	1	angelakatheryneve@hotmail.com	0090	616000	1	2014-02-06	2014-02-06

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS008	860066942	100000	0		0		0	100000	19	1500	0	101500	0	0	0	0	101500	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	800224808	128000	0	0	0	19	2000	0	130000	1

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓD / NOMBRE ARP	NIT ARP	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
SINARP	0	0		0	0	0	19	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	19	0	0	1

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	19	0	0	1

NÚMERO ADMINISTRADORAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS PROFESIONALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	1

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

PENSIONES	130000
SALUD	101500
RIESGOS PROFESIONALES	0
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	231500

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: VALDERRAMA CORREA ANGELA CATHERINE	No. ORDEN 765
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO GENERAL URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 3 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180:
FECHA INICIO: AA 2014 MES 01 DÍA 01	FECHA TERMINACIÓN: AA 2014 MES 1 DÍA 31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 11'880.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 3'960.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.1.2014 - 31.1.2014	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO YENTREGA DE TURNO CON EL DILIGENCIMIENTO DE LOS LIBROS CORRESPONDIENTES, Y VELAR POR EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.	✓		
2	EVOLUCION DE PACIENTES	✓		
3	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	✓		
4	REANIMACION CARDIOPULMONAR	✓		
5	SUPERVISION DE INTERNOS	✓		
6	TRIAGE, Y CONSULTA DE URGENCIAS	✓		
7	SOLICITUD DE INTERCONSULTAS	✓		

	SI	NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?		✓
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	✓	
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	✓	
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	✓	
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	✓	
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	✓	PARCIAL

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

VALDERRAMA CORREA ANGELA CATHERINANTOS
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726 53169726 Bog.
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

ANYELA MAYELY CAMARGO BEDOYA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 52095602
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

PLANILLA NRO. 8636510069 Tipo I 2013 01 ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARP	CÓDIGO OPERADOR
CC	53164726	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	ÚNICO	0	0	2013-01	2013-01	8636510069	8603678241	PRIVADA	1	SINARP	06

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO
KR 20 A 173 A 03 INT 8 AP 332	BOGOTA	1	DISTRITO CAPITA	11	5266063	1	angelakatherynev@hotmail.com	0090	566700	1	2013-01-17

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS008	860066942	283500	0		0		0	283500	9	1900	0	285400	0	0	0	0	285400	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
23C301	800224808	362900	0	0	11300	9	2400	76	388052	1

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓD / NOMBRE ARP	NIT ARP	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
SINARP	0	0		0	0	0	9	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	9	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	9	0	0	1

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	9	0	0	1

NÚMERO ADMINISTRADORAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS PROFESIONALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	1

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

PENSIONES	388052
SALUD	285400
RIESGOS PROFESIONALES	0
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	673452

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
IDENTIFICACION:	CC-53164726
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2014-01-21
FECHA DE PAGO:	2014-01-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2014-01
PERIODO SALUD:	2014-01
NUMERO PLANILLA:	8690873837
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8603678241
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 200	$ 200.000	$ 200.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 200	$ 256.000	$ 256.200
					Total a pagar	$ 456.400

Hospital Simón Bolívar	ACTA DE INICIO CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E	Código: GTH-FO-295-006	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 0765

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

OBJETO: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO "MEDICO GENERAL URGENCIAS".

FECHA DE INICIO: 01 ENERO 2014.

PLAZO DE EJECUCION: 31 DE MARZO DE 2014.

VALOR CONTRATO: $ 11.880.000

En Bogotá, a los 01 de Enero 2014, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No. 0805, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse a mas tardar el 31 de marzo de 2014.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

C.C. 53164726809.

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS.
CONTRATO: 0765 – AsP - 2014.
CONTRATISTA: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE CC. 53164726
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 31 DE MARZO DE 2014 CONTADOS A PARTIR DEL 01 DE ENERO DE 2014.
VALOR: ($11.880.000.OO), Once millones ochocientos ochenta mil pesos –M/te.

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolucion No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestacion de servicios de apoyo a la gestión de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina EL HOSPITAL, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE** mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **53164726** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará EL CONTRATISTA, quien declara BAJO JURAMENTO, no encontrarse dentro de los causales de INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD consagradas en la Constitución y la Ley, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 0765 – AsP – 2014** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con certificado de disponibilidad presupuestal **No.** 104 , el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que continuación se establecen, previa las siguientes CONSIDERACIONES: **1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con EL CONTRATISTA, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: CLAUSULA PRIMERA.- **OBJETO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL URGENCIAS.CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS: 1)** Valoración médica; **2)** Reconocer los límites de su competencia y responsabilidad, recabando la interconsulta con otros niveles asistenciales o especialidades cuando la situación clínica así lo requiera; **3)** Atención a pacientes según la necesidad del servicio en los servicio de prehospitalización , urgencias y APH; **4)** Clasificación triage cuando la necesidad del servicio lo requiera **; 5);** Estabilización de pacientes críticos; **6)** Realización de maniobras de reanimación básica y avanzada; **7)** Diligenciar la historia clínica de acuerdo a la atención medica de cada Paciente y sus otros componentes que hagan parte integral de la atención medica. **8)** Realizar formula médica de acuerdo a la atención prestada a cada paciente. **9)** Velar por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivita de la atención Medica; **10)** Diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio, **11)** Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado, **12)** Sensibilización en derechos y deberes a los Pacientes, **13)** Cumplir con los procesos, procedimientos guías instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades, **14)** Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional, **15)** Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato, **16)** Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso, **17)** Cumplir con las disposición respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades **18)** Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los proceso del sistema de gestión de calidad institucional. **PARAGRAFO**: Forma parte integral del contrato la requisición de personal orden de suministros del servicio solicitado por parte del supervisor del contrato. **CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES: a)** Del Contratista: **1)** Cumplir las actividades o eventos propias del objeto contractual en ejecución; **2)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento los equipos de su especialidad o bienes e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto; **3)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten; **4)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes se requieran en cumplimiento del objeto contratado; **5)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes; **6)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL; **7)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad, **8)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio; **9)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato; **10)** Asistir a los comités y/o reuniones.

convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio; **11)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros; **12)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación; **13)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere; **14)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento; **15)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten, **16)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **b)** Del Hospital: **1)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor de actividades; **2)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **3)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **4)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **5)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **CLAUSULA CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **($ 11.880.000.OO), Once millones ochocientos ochenta mil pesos m/te** pagaderos en mensualidades de **($ 3.960.000.OO), Tres millones novecientos sesenta mil pesos m/te** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social y riesgos profesionales, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- TERMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 31 de marzo de 2014 contado a partir de la fecha de su legalización o hasta culminar las horas establecidas en la siguiente clausula, en este orden de ideas el supervisor del contratista informará de forma periódica el cumplimiento de las actividades pactadas con el contratista, para el respectivo pago; una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLAUSULA SEXTA.- TÉRMINO DE DURACIÓN DEL CONTRATO:** El contrato tendrá como duración el término de ejecución **180** horas mensuales, contadas a partir de la fecha de legalización. **CLÁUSULA SEPTIMA.- LIQUIDACION:** Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA OCTAVA.- SUPERVISIÓN.** Será ejercida por el Líder de Urgencias quien se encargará de: **1).**Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2).** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **3).** Elaborar con forme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **4).** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA NOVENA.- CADUCIDAD: EL** HOSPITAL podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA DECIMA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL:** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA:** En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- MULTAS**: La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- CESIÓN:** El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.-GARANTIAS:** El CONTRATISTA garantizará al HOSPITAL, que constituirá o que cuenta con póliza especial de responsabilidad civil medica profesional, cuyo amparo para médicos general no puede ser menor a cien (100) SMLMV y para médicos especializados no menor a doscientos (200) SMLMV, de tal manera que por su actuar en desarrollo de este contrato mantenga indemne a la entidad frente a posibles reclamaciones que se formulen argumentando falla del servicio; siendo beneficiarios los terceros afectados. **CLAUSULA DECIMA SEXTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA:** Por tratarse de un contrato de prestación de servicios regido por las

disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA: DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1).** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad **2).** Certificado de disponibilidad presupuestal **3).** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA **4).** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales **5).** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales) **6).** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA NOVENA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA VEINTEAVA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION:** El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 01 días del mes de enero de 2014.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ.
Subgerente Administrativo.

Elaboró: Lady Yadira Correal Dávila
Revisó: José Henry Orozco Martínez

EL CONTRATISTA.

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
C.C 53164726 53164726 Bogotá

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 01 de 2014 CRP. No. 616

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2014 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: B02A OBSERVACION

CODIGO RUBRO.....: **1141114321030000000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 10

LA SUMA INICIAL DE : **11,880,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **11,880,000.00**
ONCE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MEDICO GENERAL OPS.0765.14
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 0765.14
A NOMBRE DE: **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE**
C.C. o NIT : **53164726**
OBJETO : VALDERRAMA CORREA ANGEL OPS.0765.14

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Enero DE 2014.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

MAPFRE | COLOMBIA

POLIZA

RC PROFESIONAL MEDICOS INDIVIDUALES

INICIACION
ORIGINAL
Ref. de Pago: 30706063234

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 732	3442213000038	0	1	SAN FERNANDO	Cra. 15 No. 74 - 45 Oficina 502,	BOGOTA D.C.

TOMADOR	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE			NIT / C.C.	53164726
DIRECCION	CRA 50 N 163N - 80 INT 1 APTO 309	CIUDAD	BOGOTA D.C.	TELEFONO	6744188
ASEGURADO	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE			NIT / C.C.	53164726
DIRECCION	CRA 50 N 163N - 80 INT 1 APTO 309	CIUDAD	BOGOTA D.C.	TELEFONO	6744188
ASEGURADO	N.D.			NIT / C.C.	N.D.
DIRECCION	N.D.	CIUDAD	N.D.	TELEFONO	
BENEFICIARIO	CUALQUIER TERCERO AFECTADO			NIT / C.C.	N.D.
DIRECCION	N.D.	CIUDAD	N.D.	TELEFONO	N.D.

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DIA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
9	12	2013	INICIACION	00:00	9	12	2013	365	INICIACION	00:00	9	12	2013	365
			TERMINACION	00:00	9	12	2014		TERMINACION	00:00	9	12	2014	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
HERNANDEZ Y ROSARIO LTDA ASESORES DE SEGUROS	AGENCIA DEL	4374	6304662	100,00

ACTIVIDAD	:	HOSPITAL
ESPECIALIDAD	:	MEDICO GENERAL / CLINICO
DIRECCION DEL RIESGO	:	CRA 7 N 165 - 01
DEPARTAMENTO	:	DISTRITO CAPITAL
CIUDAD	:	BOGOTA D.C.

(415)7709999000628(8020)34422130000381(3900)181945(96)20131219

COBERTURAS		VALOR ASEGURADO		DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$ 200.000.000,00	$	200.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$ 0,00	$	40.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$ 0,00	$	200.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$ 0,00	$	200.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)

SE ANEXAN Condiciones Generales y Particulares:

Observaciones:

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN I PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIC DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

TOTAL PRIMA NETA PESOS COLOMBIANOS	GASTOS DE EXPEDICION PESOS COLOMBIANOS	SUBTOTAL EN PESOS COLOMBIANOS	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS PESOS COLOMBIANOS	TOTAL A PAGAR EN PESOS COLOMBIANOS
$ 146.849,00	$ 10.000,00	$ 156.849,00	$ 25.096,00	$ 181.945,00

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	OPERACION	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
370 732,00	3442213000038		27 SAN FERNANDO	Cra. 15 No. 74 - 45 Oficina 502,	BOGOTA D.C.

ANEXOS

SEGURADO: ANGELA KATERYNE VALDERRAMA CORREA

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

VIGENCIA: 09/12/2013 a 09/12/2014

AMPAROS

R.C como consecuencia de cualquier eacto medicoe derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

R.C. consecuencia de asistencia medica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado

LIMITE VALOR ASEGURADO:

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCION 6098 DE JUNIO 21 DE 2010
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 1 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

LIMITE VALOR ASEGURADO:

$ 200.000.000 evento / agregado anual

R.C. daños morales sublimitado al 25% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de este.

Gastos judiciales sublimitado 20% del limite asegurado evento / vigencia Este valor se encuentra incluido en el limite asegurado contratado y no en exceso de este.

PRIMA ANUAL SIN IVA:

$146.849

DEDUCIBLES:

Básico 10% MINIMO $1.000.000 No opera para Gastos Medicos Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

NO SE OTORGA

R.C. Extracontractual Bienes bajo cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado. Errores e inexactitudes diferentes al la prestación del servicio de salud. Renovación automática R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas Los procedimientos esteticos y de cirugía plástica salvo que se trate de una cirugía reconstructiva en caso de accidente.

NOTA: se aclara que el asegurado beneficiario labora o presta sus servicios profesionales en otras entidades además de la detallada en el sistema interno de emisión.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A

- FIN DE LA SECCION -

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14216901661

(415)7707212489984(8020) 000001421690166 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
531647261	5	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	53164726	20030526

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALDERRAMA	CORREA	ANGELA	KATHERYNE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección: CR 20 A 173 A 03 IN 8 AP 332

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angelakatherynev@hotmail.com		5266073	3204938094

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8621	20090609						2221	

Responsabilidades

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	20																	

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 20130103

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA**, identificado(a) con CC **53164726**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 08/07/2009

Se expide a solicitud del interesado el 08/12/2013.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

compensar

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

COMPENSAR EPS

Nit. 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53.164.726, se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, en la EPS Compensar, como cotizante independiente, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Semanas Cotizadas
20110215	No Registrada	217

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 8 dias del mes de Diciembre de 2.013

Observaciones:

Con Destino a:

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Información sujeta a verificación por parte de Compensar EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

Compensar EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA

CER-AFI 2920356

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001 Código NºSC 5892 ISO 9001:2008-NTC-ISO 9001:2008
IQNet

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.164.726

VALDERRAMA CORREA
APELLIDOS

ANGELA KATHERYNE
NOMBRES

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1985
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

26-MAY-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500117-42117902-F-0053164726-20030916 03867 03259A 01 149935634

Bogotá, D.C., 27 de Junio de 2012

EL LIDER
DEL
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR:

Que, el señor(a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No.53.164.726** presta sus servicios mediante la Orden de Suministro de Servicios como **PROFESIONAL UNIVERSITARIO (MÉDICO)** en el área **ASISTENCIAL**, desde el día 16 de Febrero de 2011, recibiendo por honorarios mensuales: la suma de **($5.670.000) Cinco millones Seiscientos Setenta mil pesos M/cte.**

Se deja constancia que entre el señor (a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA** y el **HOSPITAL SIMON BOLIVAR**, no existe relación laboral alguna, ni vinculación diferente a la derivada del contrato que le permite suministrar sus servicios en el área Asistencial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

JULIO CESAR GUERRA MORENO
LIDER
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

Proyectó: Marcela Medina

Empresa Social del Estado
Salud Nobsa

CERTIFICACION

FRANCIS TOBO SIACHOQUE GERENTE DE LA ESE SALUD NOBSA
HACE CONSTAR:

Que la doctora **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificada con la cédula de ciudadanía No. 53.164.726 de Bogotá, desempeñó el cargo de Médico General en Servicio Social Obligatorio en la Empresa Social del Estado Unidad de Salud Nobsa, nombrada mediante acta de posesión No. 015 del 06 de Julio de 2009. La citada profesional desempeño el cargo mencionado durante el periodo de tiempo comprendido entre el 07 de Julio de 2009 al 06 de Julio de 2010, cumpliendo con los programas y actos previstos.
El cargo, sede y localidad antes mencionados son válidos para la prestación del Servicio Social Obligatorio, cuya plaza fue aprobada por la Gobernación de Boyacá y la Secretaría de Salud de Boyacá, mediante la resolución No. 689 del 06 de Mayo de 2008, mediante la cual se aprueba una plaza para la prestación del Servicio Social Obligatorio, registrada bajo el número M–298. En concordancia la doctora ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA ha cumplido el Servicio Social Obligatorio de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

En constancia se firma en Nobsa, a los 06 días del mes de Julio de 2010

Atentamente,

FRANCIS LILIANA TOBO SIACHOQUE
Gerente ESE Salud Nobsa

LABORATORIO CLINICO
MARIA CLEMENCIA RODRIGUEZ M.

CERTIFICO

Que la Doctora ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA, identificada con la C.C. No. 53.164.726 de Bogotá, trabaja como Médico Especialista en Salud Ocupacional en el Laboratorio Clínico María Clemencia Rodríguez M. hace 3 meses, en este tiempo ha demostrado ser una persona responsable y cumplidora de su trabajo.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (20) Veinte días del mes de Mayo de 2013..

Atentamente,

MARIA CLEMENCIA RODRIGUEZ
C.C. No. 41.749.914 de Bogotá

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 0 CÓDIGO: SS-P12-F01
RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN		FECHA: 01/07/2009

RESOLUCIÓN NUMERO 1299 DE

17 AGO 2010

Por la cual se registra un Titulo y se confiere una autorizaciòn.

El Secretario de Salud de Boyacà en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, y,

CONSIDERANDO:

Que ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA , identificada con Cédula de Ciudadanìa Número 53.164.726 expedida en Bogotà, ha solicitado el registro de su titulo como MEDICA CIRUJANA que le otorgó LA UNIVERSIDAD DE BOYACA de la ciudad de Tunja el dìa 26 de Junio de 2009 .

Que dicho título se encuentra registrado en LA UNIVERSIDAD DE BOYACA , Libro de Registro N°13 , Folio N°3733 , Registro No 7426 , Diploma N°8151 .

Que el aludido profesional cumplió con el Servicio Social Obligatorio en LA E.S.E. "SALUD NOBSA" DE NOBSA , en el período comprendido entre el 7 de Julio de 2009 y el 6 de Julio de 2010, .

02 FEB 2011

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Titulo y autorizar el ejercicio de la profesiòn de MEDICA CIRUJANA a ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA con Cédula de Ciudadanía Número 53.164.726 expedida en Bogotà en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resoluciòn rige a partir de la fecha de expediciòn.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los,

LUIS CARLOS OLARTE CONTRERAS
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.
Elaboro: Rosa Maria Mesa

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ANGELA KATHERYNE
VALDERRAMA CORREA

C.C. 53164726

MEDICO(A)

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ, D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.

15 1299/2010

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

C.C. o C.E.

CC 53164726

De

BOGOTÁ, D.C.

Institución de Educación

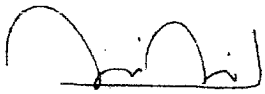
UNIBOYACA

Ciudad

TUNJA

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

PLA
Professional Leadership Academy

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Realizó el curso de

RECERTIFICACION BLS-ACLS

Según las normas de la American Heart Association
Certificamos 48 horas de estudio
junio de 2012
en la ciudad de Bogotá - Colombia

Juan Carlos Cortés

Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Nombre del centro de entrenamiento P.L.A Export Editores S.A

Información del centro de entrenamiento Colombia 6193036

Lugar del curso Bogotá- Colombia

Nombre del instructor Juan Carlos Cortés

Firma del titular

© 2011 American Heart Association Manipular esta tarjeta alterará su apariencia. 90-2319US

Fundación Salamandra

Sponsoring Organization

Course Medical Director Dr. Laureano Quintero

Course Coordinator Dr. Laureano Quintero

PH-11-2869-02

National Course # State Course #

Date Monitored Affiliate Signature

This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable state statutes and licensing acts.

NAEMT

Ciudad, País Bogotá-Colombia

Centro de Capacitación (CC) Organización de Capacitación P.L.A Export Editores S.A

Sitio de Capacitación (SC)

Instructor Angel Castro

Firma del titular

© 2003 American Heart Association 70-2991

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Nombre del centro de entrenamiento P.L.A Export Editores S.A

Información del centro de entrenamiento Colombia 6193036

Lugar del curso Bogotá- Colombia

Nombre del instructor Juan Carlos Cortés

Firma del titular

© 2011 American Heart Association Manipular esta tarjeta alterará su apariencia. 90-2321US

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Proveedor de SVCA/ACLS

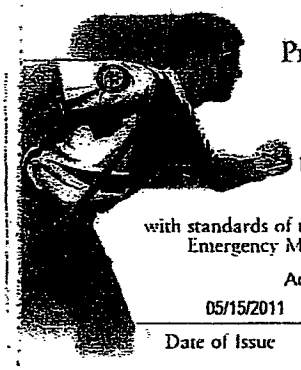
American Heart Association.

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYN

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

junio 11 de 2012 — Fecha de emisión

junio 11 de 2014 — Fecha de actualización recomendada



Prehospital Trauma Life Support

Angela Katheryne Valderrama C.

has successfully completed the national cognitive and skills examinations in accordance with standards of the National Association of Emergency Medical Technicians for

Advanced Provider Course

05/15/2011 — Date of Issue

05/15/2015 — Date of Expiration

American Heart Association.

Aprenda y Viva Más.

AVAP Proveedor

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYN

Esta tarjeta certifica que el individuo mencionado arriba ha completado satisfactoriamente las evaluaciones nacionales de conocimientos y aptitudes, de acuerdo con el plan de capacitación de la American Heart Association para el Programa de Apoyo Vital Avanzado Pediátrico.

1 de julio de 2011 — Fecha de emisión

1 de julio de 2013 — Fecha de renovación recomendada

PROFESIONAL DE LA SALUD

Profesional de la salud

American Heart Association.

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYN

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa Soporte Vital Básico (SVB/BLS) de la American Heart Association para profesionales de la salud (RCP y DEA).

junio 11 de 2012 — Fecha de emisión

junio 11 de 2014 — Fecha de actualización recomendada

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

RESOLUCION No. 7152 de 18/06/2013

Por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

LA DIRECTORA DE *DESARROLLO* DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere la Resolución 1429 del 19 de Marzo de 1997 de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA Identificado(a) con C.C. 53.164.726 de BOGOTA D.C., ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En merito de lo expuesto, la Directora de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA Identificado(a) con C.C. 53.164.726 de BOGOTA D.C., como MEDICA CIRUJANA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

1. MEDICO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
2. EDUCACION Y CAPACITACION.

Salamandra®
Centro Internacional de Entrenamiento

Por medio de la presente constancia SALAMANDRA Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias, certifica que:

Angela Katheryne Valderrama Correa

Con cédula de ciudadanía N° 53164726

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación del curso

Manejo Integral en Cuidado Intensivo

Con una intensidad de 30 horas

Para constancia se firma en la ciudad de Bogota a los diecisiete (17) días del mes de Marzo de 2013, con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

LAUREANO QUINTERO, MD.
Director Científico

Constancia registrada con el No. A-CCR09320131019

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

Resolución No.4974 de diciembre de 2004 de Mineducación

Certifica que:

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA

Asistió a la:

ACTUALIZACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL, ASPECTOS DE SEGURIDAD Y DE LA LEY 1562 DE 2012

Con una intensidad de 8 horas
Realizada el 01 de Noviembre de 2012

Juan Carlos Beltrán Gómez
Rector

Paulo Daniel Acero Rodríguez
Director Escuela de Postgrados

Como constancia de lo anterior se firma a los 01 días del mes de Noviembre de 2012.

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 260 LIBRO No. 9 FOLIO No. 154

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. No. *53.164.726 de Bogotá, D.C.*

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

Especialista en Salud Ocupacional

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 26 DIAS DEL MES ABRIL DE 2013

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

~~DIRECTOR DE PROGRAMA~~

SECRETARIO GENERAL

No. 01839

Universidad de Boyacá

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 del 16 de Septiembre de 2004
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 8151

En la ciudad de TUNJA el día 26 del mes de JUNIO de 2009 se llevó a cabo el acto de graduación presidido por EL SEÑOR PRESIDENTE Y LA SEÑORA RECTORA en el cual la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según ACUERDO No. 014 del día 09 del mes de NOVIEMBRE DE 1993 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

MÉDICA CIRUJANA

a ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

identificado (a) con C.C. No. 53.164.726 de BOGOTÁ D.C quien cumplió con los requisitos académicos con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y con las normas legales y le otorgó el Diploma No. 8151 que lo acredita como PROFESIONAL.

para lo cual presentó el trabajo de grado titulado:

calificado como _____ en fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad de TUNJA a los 26 días del mes de JUNIO de 2009

por quienes en esta graduación intervinieron.

Libro de Registro No. 13

Folio No. 3733

Registro No. 7426

(El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Presidente Consejo Directivo, Rector, Secretario General y Decano de la Facultad).

Es fiel copia tomada del original.

SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. 53.164.726 de Bogotá, D.C.

EL TÍTULO DE

Especialista en Salud Ocupacional

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 26 DÍAS DEL MES ABRIL DE 2013

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR DE PROGRAMA

Libro de Registro No. 9
Acta de Grado No. 260
Folio No. 154
Registro Profesional No. 020913

01839

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 DE 16 DE SEPTIEMBRE DE 2004

En nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. No. 53.164.726 EXPEDIDA EN BOGOTA' D.C. - Cundinamarca

CURSÓ TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y POR LAS NORMAS LEGALES LE CONFIERE EL TÍTULO UNIVERSITARIO DE:

MÉDICA CIRUJANA

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
Reconózcase este Título para todos los efectos legales:
Resolución No. 1293
Ciudad 17 AGO 2010
FIRMA: Secretario

EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

DADO EN TUNJA A LOS 26 DEL MES DE JUNIO DE 2009

PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

RECTOR

UNIBOYACA
LIBRO DE REGISTRO No. 13
FOLIO No. 3733
REGISTRO No. 7426
DIPLOMA No. 8151

SECRETARIO GENERAL

DECANO FACULTAD

10934

INSTITUCION COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACIÓN

DIRECCION CARRERA 15 No. 16 – 46 311832

TELEFONO 7604090 Inscripción S.E. 315238000085

JORNADA ORDINARIA Inscripción DANE

ACTA DE GRADO

En la ciudad de DUITAMA a los 7 dias del mes de Diciembre

del año 2002 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos

Rector y Secretario en la Rectoria del COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACION

Institución aprobada hasta NUEVA VISTA en el Nivel de Educación Media ACADEMICO y autorizada

por MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO

según Resolución N° 1131 de 6 de Octubre del 2001

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios

correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE T.I. 850425-44618 CALI

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 21 de fecha DICIEMBRE 06 DE 2001

que consta de 87 alumnos que comienza con el nombre de ACOSTA RAMIREZ ANDREA CAROLINA

y se cierra con el nombre de ZAMBRANO BARRERA ANA MARÍA

firmado y sellado por HNA. FANNY YOLANDA BARRANTES MUÑOZ (Rector) y

MARIA EUGENIA AGUDELO COLMENARES (Secretario).

Dada en DUITAMA a los 28 dias del mes de ENERO del 2013

El Rector o Director

El Secretario

C.C. N° 23739554

Firmado y Sellado

C.C. N°

Firmado y Sellado

FISE

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Nacionalizado La Presentación

Duitama, Boyacá

Autorizado hasta Nueva Visita por la Secretaría de Educación de Boyacá,
según Resolución No. 001131 del 6 de diciembre de 2001,

Confiere a:

Angela Katheryne Valderrama Correa

Identificada con T.I. No. 850425-44618 de Cali

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Hna. Fanny Yolanda Barrantes Muñoz
Rectora

María Eugenia Agudelo Colmenares
Secretaria

Anotado al Folio No. Libro de Registro No.

Dado en Duitama, Boyacá, a 30 de noviembre de 2002

No requiere registro, según Decreto No.921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Preconal

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/12/2013 a las 21:10:24 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 53164726 y Nombres: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Solicitudes, Quejas, Reclamos

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Prosperidad para todos
Presidencia de la República
Ministerio de Defensa
Gobierno en Línea
Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 8 de diciembre de 2013, a las 21:9:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	53.164.726
Código de Verificación	750805382013

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

JAVIER ALONSO LASTRA FUSCALDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

DERECHOS Y DEBERES Individuo y Sociedad

Personería de Bogotá, D.C.

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

No. 318330

Pag. 1 de 1

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No: 53.164.726 (CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VENTISEIS) de BOGOTA D.C

No registra antecedentes disciplinarios durante los últimos cinco (5) años. Según revisión que a la fecha se efectuó al banco de datos que contiene las anotaciones o sanciones disciplinarias e inhabilidades que reportan las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá con atribuciones disciplinarias.

Expedida en Bogotá, D.C., hoy, Ocho (08) de diciembre del año Dos Mil Trece - 2013, de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004 de la Personería de Bogotá, D.C.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

El certificado de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Ley 734 de 2002 , art. 174).

ADVERTENCIA: Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (art. 38 Num 2 Ley 734 de 2002).

CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO

OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA

Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Valderama	Correa	Angela Katheryne

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53169726	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 25 MES 04 AÑO 1985	Kra 50 N° 163b-60 int 1 apt 309
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca
DEPTO Valle	MUNICIPIO Cundinamarca/ Bogota
MUNICIPIO Cali	TELÉFONO 6749160 EMAIL kathevyn1@yahoo.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico.
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 11 AÑO 2002
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		Medica Cirujana	06	2009	1799-10
ES	2	X		Especialista Salud Ocupacional	09	2013	7152-13

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Simon Bolivar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6767940	DÍA 15 MES 02 AÑO 2011	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
medico urgencias	Urgencias	Kra 7 Nº 165-10

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Suba	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6621111	DÍA 01 MES 06 AÑO 2011	DÍA 01 MES 01 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
medico atencion Prehospitalaria	Urgencias	Kra 104 Nº 152.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Colmedicos		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7470280.	DÍA 15 MES 06 AÑO 2013	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
medico S.O.	medicos	Kra 19A Nº 76-34.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	4	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ● ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota 9 diciembre del 2013. 9-12-13

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Angela Katheryne Valderrama Cunec

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 53169776 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Columbia	Cundinamarca	Bogotá

Dirección	Teléfonos
Kra 50 N° 163b-00	6799100

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Nora Angelica Valderrama	1032475550	Hermana
Yenin Melissa Valderrama	1032452726	Hermana

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [●] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ] ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	8.000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	1.000.000
GASTOS DE REPRESENTACION	2.000.000 -
ARRIENDOS	1.000.000 -
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 6.000.000 -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	ahorros	69091004911-71	Soacha	300.000
Davivienda	ahorros	1660267377	Soacha	300.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Carro	Honda MX6 modelo 93	10.000
Lote	Finca Villa Angela Nueva-Boy	90.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Gloria Pinzon	prestado	900.000

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** ☐ 1 **NO** ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Angela Katherine Valadiano
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 9-dic-2013
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 52149786

WEB
21:17:57

Bogotá DC, 08 de diciembre del 2013

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 53164726:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: EL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ES UN DOCUMENTO QUE CONTIENE LAS ANOTACIONES E INHABILIDADES GENERADAS POR SANCIONES PENALES, DISCIPLINARIAS, INHABILIDADES QUE SE DERIVEN DE LAS RELACIONES CONTRACTUALES CON EL ESTADO, DE LOS FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL, DE LAS DECISIONES DE PÉRDIDA DE INVESTIDURA Y DE LAS CONDENAS PROFERIDAS CONTRA SERVIDORES, EX SERVIDORES PÚBLICOS Y PARTICULARES QUE DESEMPEÑEN FUNCIONES PÚBLICAS EN EJERCICIO DE LA ACCIÓN DE REPETICIÓN O LLAMAMIENTO EN GARANTÍA. ESTE DOCUMENTO TIENE EFECTOS PARA ACCEDER AL SECTOR PÚBLICO, EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLEZCA LA LEY O DEMÁS DISPOSICIONES VIGENTES. EN CASO DE NOMBRAMIENTO O SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS CON EL ESTADO, ES RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD, VALIDAR LA INFORMACIÓN QUE PRESENTE EL ASPIRANTE EN LA PÁGINA WEB DE LA PGN, EN EL LINK HTTP://WWW.PROCURADURIA.GOV.CO/PORTAL/ANTECEDENTES.HTML

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Medica Egresada de la Universidad de Boyacá, con capacidad para atender problemáticas de salud en todos los ámbitos de atención medica. Experiencia en el manejo de problemas de salud en áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnostico, tratamiento y rehabilitación, integrándose con el equipo de trabajadores de la salud.

Soy una profesional con grandes valores morales y éticos, sensibilidad social y capacidad de adaptación al medio rural y urbano. Tengo vocación de servicio frente a la sociedad y pretendo que mi ejercicio profesional pueda ayudar a mitigar las problemáticas de la región donde ofrezca mis servicios

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE	Angela Katheryne Valderrama Correa
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53.164.726 de Bogotá
FECHA DE NACIMIENTO	25 abril 1985
LUGAR DE NACIMIENTO	Cali - Valle
ESTADO CIVIL	Soltera
DIRECCIÓN	Kra 50 no. 163b - 80 int 1 apto 304
TELÉFONO	6744188- 3204938094
E-MAIL	katheryn116@yahoo.com

INFORMACION ACADEMICA

- **UNIVERSITARIOS** :

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
Especializacion En Salud Ocupacional
2013

UNIVERSIDAD DE BOYACA
Medico Cirujano
2009

- **ESTUDIOS SECUNDARIOS:**

COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACION
Bachiller Academico

Duitama - Boyaca
2002

- **ESTUDIOS PRIMARIOS:**

COLEGIO CIUDADELA EDUCATIVA LA PRESENTACION
Cali - Valle
1992

- **CURSOS:**

MANEJO INTEGRAL EN CUIDADO INTENSIVO. Salamandra Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias. Marzo 17 del 2013. Vigencia 2 años. Intensidad 30 horas.

RECERTIFICACION BLS- ACLS. SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitacion P.L.A. Export Editores S.A. junio 2012 Bogota – Colombia. Intensidad 48 horas.

PRIMER SUMMIT ATENCION PRIMARIA EN COLOMBIA. Congreso Medico Latinoamericano de Atencion y cuidado Primario. P.I.a. 9, 10 y 11 de junio. Intensidad 27 horas.

TALLER PRACTICO SOBRE INFILTRACIONES. Organización de capacitacion P.L.A. Export. 11 deJunio 2012 Bogota.

SIMPOSIO MANEJO DEL QUINTO ESLABON EN REANIMACION CUIDADOS INTEGRADOS POSPARO. Comité Nacional de Resucitacion. 10 y 11 de febrero del 2012.

CURSO DE ELECTROCARDIOGRAFIA. Grupo de Reanimacion S.A.S. centro de entrenamiento en Emergencia y Urgencias. 3 de Diciembre 2011. Intensidad 20 horas.

JORNADA PRIMER RESPONDIENTE EN SALUD MENTAL. Hospital Simon Bolivar. 30 de agosto 2011. Intensidad 8 horas.

REANIMACION NEONATAL. La Fundacion Universitaria Sanitas. 27 agosto 2011. Intensidad 8 horas.

INITIAVE TO DECREASE CARDIOVASCULAR RISK AND INCREASE QUALITY OF CARE FOR PATIENTS LIVING WITH HIV/ AIDS. The Amerivan Heart Association. 8 agosto 2011.

12 CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO DE ATENCION Y CUIDADO PRIMARIO IPMA 2011. Organización P.L.A. Export Editores S.A. julio 2,3, y 4 de 2011 Bogota. Intensidad 20 horas.

TALLER RESISTENCIA A LA INSULINIZACION UN PROBLEMA MEDICO. IPMA 2011 Congreso Medico Latinoamericano de Atencion y Cuidado Primario. 3 de julio 2011.

ACTUALIZACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Universidad de La Sabana. 2 de julio 2011. Intensidad 8 horas.

PROVEEDOR DE PALS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitacion P.L.A. Export Editores S.A. julio 2011 Bogota – Colombia. Intensidad 48 horas.

CURSO PHTLS Militar. The National Association of Emergency Medical Technicians a traves de la Fundacion Salamandra. 14 y 15 de mayo 2011.intensidad 20 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, Low intermediate level. California. January 2011. Intensidad 217 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, high beginning level. California. Octuber 2010. Intensidad 39 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, beginning conversation. California. octuber 2010. Intensidad 45 horas.

PROVEEDOR ACLS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitacion P.L.A. Export Editores S.A. 3 y 4 de julio 2010 Bogota – Colombia. Intensidad 30 horas.

PROVEEDOR BLS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitafcion P.L.A. Export Editores S.A. 2 de julio 2010 Bogota – Colombia. Intensidad 20 horas.

11 CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO DE ATENCION Y CUIDADO PRIMARIO IPMA 2010. Organización P.L.A. Export Editores S.A. julio 3,4, y 5 de 2010 Bogota. Intensidad 27 horas.

TALLER PRACTICO SOBRE INFILTRACIONES. Organización de capacitacion P.L.A. Export. Julio 2010 Bogota. Intensidad 4 horas.

FUNDAMENTOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Monteria 25 de junio del 2008. Intensidad 40 horas.

ENGLISH DISCOVERIES- BASICO I. El servicio Nacional de Aprendisaje SENA. San Andres 5 de junio del 2008

PLANIFICACION FAMILIAR. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Cartagena 29 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

CONTROL DE LA INFECCION DEL MEDIO HOSPITALARIO (DESINFECCION) El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Cartagena 27 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

ORIENTACION EN LA PLANIFICACION FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA cartagena 27 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

II JORNADA ACADEMICA INTERDICIPLINARIA DIABETES MELLITUS. Universidad de Boyaca, Tunja 08 de abril del 2008.

PRIMER CONGRESO DE EXALUMNOS MEDICINA. Universidad de Boyaca, Tunja 01 de noviembre del 2007. Intensidad 8 horas.

SIMPOSIO DE TRAUMA INTERVENCION EN LAS FRONTERAS DE LA VIDA PRIVILEGIANDO SU CAPACIDAD DE RESPUESTA. Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias. Bogota 9 de noviembre del 2007. Intensidad 8 horas.

SEMINARIO DE ACTUALIZACION GUIAS OFICIALES ACORL PARA MANEJO DE PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN OTORRINOLARINGOLOGIA. Asociacion Colombiana de otorrinolaringologia, Cirugia de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estetica Facial. Paipa 20 de octubre del 2007

TALLER MEDICINA FORENSE LESIONES PERSONALES. PRIMER ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRACTICA DE LOS PROFESIONALES EN SALUD. Sociedad Colombiana de Anestesiologia y Reanimacion, Tunja 7 y 8 de septiembre del 2007.

TALLER DE CERTIFICACION DE MUERTE. PRIMER ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRACTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Sociedad Colombiana de Anestesiologia y Reanimacion. Tunja 7 y 8 de septiembre del 2007.

ISQUEMIA – LESION Y NECROSIS MIOCARDICA ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA Y ARRITMIAS CARDIACAS. Universidad del Bosque. Bogota 13 de mayo del 2006. Intensidad 8 horas.

PRIMERA JORNADA CIENTIFICA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD. Universidad de Boyaca. Tunja 28 y 29 de septiembre 2005.

I SEMINARIO DE BIOTECNOLOGIA E INMUNOLOGIA. Universidad de Boyaca. Tunja 1 de septiembre del 2005.

MANEJO PRE Y HOSPITALARIO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES. Fundacion Universitaria de Boyaca. Tunja 18 y 19 de noviembre 2003.

EXPERIENCIA LABORAL

COLMEDICOS
Medico especialista en Salud Ocupacional
15 junio 2013 -
7470280

HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL
Medico Urgencias y Atención Pre hospitalaria
16 febrero 2011-
6767940

HOSPITAL SUBA II NIVEL
Medico en Atención Pre hospitalaria.
1 junio 2011- 31 de enero del 2013

E.S.E. SALUD NOBSA
Medico en SSO.
7 julio 2009 al 6 de julio de 2010
CALLE 4 NO. 9 – 51
Nobsa - Boyacá
(8) 7773017

REFERENCIA FAMILIAR

- Betty Correa
- Enfermera Jefe
- Hospital Sogamoso
- Cel 3005662852

- José Rodulfo Valderrama
- Ingeniero Civil
- Montajes industriales
- Tel 5208251

REFERENCIA PERSONAL

- Jorge Ecury
- Coordinación de urgencias
- Clínica Fundadores
- Tel: 320 4678473

- Gustavo López Corredor
- Medico Anestesiólogo
- Clínica San Javier. Sogamoso.
- Cel 3004831426 - 3133916688

- Nedys García
- Medico General
- Hospital Tunal
- Cel 3126977834

- Diana Manrique
- medico especialista en salud ocupacional
- Colmedicos
- 3015069972

Ángela Katheryne Valderrama Correa

53.164.726 Bogotá
RM. 1299-10
Resolución 7152 del 2013

Hospital Simón Bolívar	REQUISICIÓN DE PERSONAL ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIO	Código: GTH-FO-295-002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 2	

1. ÁREA URGENCIAS 2. CENTRO DE COSTO BO1A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD _ POR PRESTACION DE SERVICIOS SE REQUIERE MEDICO GENERAL PARA LA ATENCION, VALORACION DE PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR ALTA DEMANDA Y PARA GARANTIZAR EL MANTENIMIENTO PERMANENTE DE LA CAPADIDAD DE RESPUESTA.

4. COMPETENCIAS	4.1 Educación: (Estudios que se requieren) MEDICO GENERAL 8 HORAS
	4.2 Objeto de la Orden: MEDICO GENERAL URGENCIAS
	4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades) 1 AÑO URGENCIAS
	4.4 .Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia) NO APLICA
	4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos) ACLS – BLS – PALS - PHTLS
	4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar) ACLS – BLS – PALS – PHTLS
	4.7 Habilidades: (Señale las capacidades, aptitudes y actitudes requeridas para el desarrollo de actividades) RESPONSABILIDAD – PUNTUALIDAD - ORDEN –LIDERAZGO – CAPACIDAD DE TOMA RAPIDA DE DECISIONES CAPACIDAD PARA ESTABLECER, MEDIANTE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL, UN CLIMA DE RESPETO, COMPROMISO, CONFIANZA Y EMPATÍA PARA CONSTRUIR UNA ALIANZA PROACTIVA ENTRE EL PACIENTE Y EL MEDICO. CAPACIDAD PARA ABORDAR PROBLEMAS PROFESIONALES CONCERNIENTES AL DOMINIO DE LA MEDICINA GENERAL, CON EL FIN DE PROPONER SOLUCIONES PLAUSIBLES A LOS PROBLEMAS PROFESIONALES Y EVALUAR LOS RESULTADOS DE SU PRÁCTICA PARA MEJORAR, CONTINUAMENTE, LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA CAPACIDAD PARA UTILIZAR LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL, SEGÚN NECESIDADES DEL SERVICIO SE REALIZARAN ACTIVIDDES EN AMBULANCIA

Hospital Simón Bolívar	REQUISICIÓN DE PERSONAL ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIO	Código: GTH-FO-295-002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 2	

5. ACTIVIDADES

5.1 Actividades: (Relacione en detalle las actividades a desarrollar)

VALORACION MEDICA

RECONOCER LOS LÍMITES DE SU COMPETENCIA Y RESPONSABILIDAD, RECABANDO LA INTERCONSULTA CON OTROS NIVELES ASISTENCIALES O ESPECIALIDADES CUANDO LA SITUACIÓN CLÍNICA ASÍ LO REQUIERA.

ASISTENCIA INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

CLASIFICACION TRIAGE

CONSULTA URGENCIAS

ESTABILIZACION DE PACIENTES CRITICOS

REALIZACION DE MANIOBRAS DE REANIMACION BASICA Y AVANZADA

VELAR POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINMUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZCION Y RESOLUTIVAD DE LA ATENCION DE URGENCIAS

TENER LA DISPOSICION PARA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y APH

REALIZACION DE FORMULACION MEDICA E HISTORIAS CLINICAS

5.2 Procesos, Procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieren para el cumplimiento de actividades

LAS GUIAS Y PROCEDIMIENTOS MEDICAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERIVIO DE URGENCIAS

5.3 Actividades que tiene que supervisar: (Especificar si debe ser supervisor de actividades desarrolladas por personal del hospital o por actividades contratadas por terceros para realizar una actividad o un suministro)

NO APLICA

5.4 Responsabilidad:

EL ACTO MEDICO, LA RELACION MEDICO – PACIENTE Y LA UTILIZACION DE CONOCIMIENTOS DE UNA MANERA PRACTIV A Y OPORTUNA.

6. FIRMAS

Firma/ Nombre / Cargo Solicitante	Firma/ Nombre / Cargo Vo Bo. - Subgerencia	Firma/ Nombre Subgerencia Administrativa
NOMBRE Angela Carranza B. CARGO Coordinadora Urgencias FIRMA	NOMBRE Lore Gerardo Cano V. CARGO Subgerente Científico FIRMA	NOMBRE FIRMA

7. VALOR

8. V.B. GERENCIA

_____

9. RADICACIÓN DE LA SOLICITUD AL ÁREA DE CONTRATACIÓN

9.1 Nombres y Apellidos de quien entrega _____

9.2 FIRMA _____

9.3 Fecha de Recibido _____

9.4 Nombres y Apellidos de quien recibe _____

9.5 FIRMA _____

Hospital Simón Bolívar	REQUISICIÓN DE PERSONAL ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIO	Código: GTH-FO-295-002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 2	

1. ÁREA URGENCIAS 2. CENTRO DE COSTO BO1A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD POR PRESTACION DE SERVICIOS SE REQUIERE MEDICO SUPERVISOR DE TURNO NOCHE SERVICIO URGENCIAS POR EL DR. SANTIAGO LAGOS, QUIEN TERMINO CONTRATO.

4. COMPETENCIAS	4.1 Educación: (Estudios que se requieren) MEDICO GENERAL
	4.2 Objeto de la Orden: SUPERVISOR MEDICO GENERAL URGENCIAS TURNO NOCHE 180 HRAS
	4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades) 2 AÑOS COMO MEDICO DE URGENCIAS Y HOSPITALARIO
	4.4 Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia) NO APLICA
	4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos) ACLS – BLS – PALS – PHTLS CURSOS DE TRAUMA MANEJO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES EXPERIENCIA ADMINISTRATIVA
	4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar) ACLS – BLS – PALS - PHTLS EXPERIENCIA ADMINISTRATIVA O PREFERIBLEMENTE ESPECIALIZACION O DIPLOMADO AREAS ADMINISTRATIVAS
	4.7 Habilidades: (Señale las capacidades, aptitudes y actitudes requeridas para el desarrollo de actividades) LIDERAZGO– RESPONSABILIDAD – PUNTUALIDAD – ORDEN –CAPACIDAD DE TOMA DE DESICIONES RAPIDAMENTE
5. ACTIVIDADES	5.1 Actividades: (Relacione en detalle las actividades a desarrollar) • ACTIVIDADES ASISTENCIALES • VALORACION MEDICA • ESTABILIZACION PACIENTES CRITICOS • REALIZACION DE FORMULACION MEDICA E HISTORIA CLINICAS • REALIZACION DE MANIOBRAS DE REANIMACION BASICA Y AVANZADA • CLASIFICACION DE TRIAGE • CONSULTA DE URGENCIAS • VELAR POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACION Y RESOLUTIVIDAD DE LA ATENCION DE URGENCIAS • TENER LA DISPOSICION PARA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN APH • REVISION HISTORIAS CLINICAS URGENCIAS Y DE APH Y REPOSICION DE INSUMOS DE LAS AMBULANCIAS • VERIFICACION OPORTUNIDAD Y RESPUESTA DE INTERCONSULTAS • ACTIVACION DE ALERTAS Y CADENAS DE LLAMADAS • VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS EN LOS TURNOS • VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS • VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO • REGISTRO DE MORTALIDAD Y NOTIFICACION DE ACTOS OBJETOS DE INVESTIGACION JUDICIAL. • VERIFICACION Y NOTIFICACION EVENTOS ADVERSOS • VERIFICACION Y GESTION DE DEFINICION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES A HOSPITALIZACION • INFORME DE ACTIVIDADES O NOVEDADES • REGISTROS, INGRESOS, DEMANDA INSTISFECHA, MORTALIDAD, NOTICIAS CRIMINALES, EVENTOS ADVERSOS, CUMPLIMIENTO DE PERSONAL. • INFORME DE NOVEDADES DE TURNO • REPORTE DE OCUPACION DEL SERVICO A SDS Y REGISTRO EN PLANILLA ASIGNADA • ACOMPAÑAMIENTO A ENTIDADES DE CONTROL CUANDO SE REQUIERA

	5.2 Procesos, Procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieren para el cumplimiento de actividades LAS GUIAS Y PROCEDIMIENTOS MEDICAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
	5.3 Actividades que tiene que supervisar: (Especificar si debe ser supervisor de actividades desarrolladas por personal del hospital o por actividades contratadas por terceros para realizar una actividad o un suministro) NO APLICA
	5.4 Responsabilidad: EL ACTO MEDICO, LA RELACION MEDICO – PACIENTE – Y LA UTILIZACION DE CONOCIMIENTOS DE UNA MANERA PRACTICA Y OPORTUNA.

6. FIRMAS

Firma/ Nombre / Cargo Solicitante	Firma/ Nombre / Cargo Vo Bo. - Subgerencia Científica	Firma/ Nombre Subgerencia Administrativa
NOMBRE Carlos Eduardo Luna Zapata CARGO Coordinador Servicio Urgencias FIRMA	NOMBRE CARGO FIRMA	NOMBRE Sonia Esmeralda Sánchez Rodríguez FIRMA

7. Valor 35000 – 6.300.000

8. V.B. GERENCIA

9. RADICACIÓN DE LA SOLICITUD AL ÁREA DE CONTRATACIÓN

9.1 Nombres y Apellidos de quien entrega _____

9.2 FIRMA _____

9.3 Fecha de Recibido _____

9.4 Nombres y Apellidos de quien recibe _____

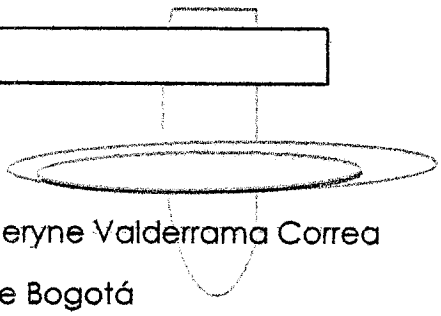
9.5 FIRMA _____

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Medica Egresada de la Universidad de Boyacá, con capacidad para atender problemáticas de salud en todos los ámbitos de atención médica. Experiencia en el manejo de problemas de salud en áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, integrándose con el equipo de trabajadores de la salud.

Soy una profesional con grandes valores morales y éticos, sensibilidad social y capacidad de adaptación al medio rural y urbano. Tengo vocación de servicio frente a la sociedad y pretendo que mi ejercicio profesional pueda ayudar a mitigar las problemáticas de la región donde ofrezca mis servicios

INFORMACION PERSONAL



NOMBRE	Angela Katheryne Valderrama Correa
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53.164.726 de Bogotá
FECHA DE NACIMIENTO	25 abril 1985
LUGAR DE NACIMIENTO	Cali - Valle
ESTADO CIVIL	Soltera
DIRECCIÓN	Kra 50 no. 163b - 80 int 3 apto 204
TELÉFONO	310 331 90 55
E-MAIL	katheryn116@yahoo.com

INFORMACION ACADEMICA

- **UNIVERSITARIOS :**

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
Especialización En Salud Ocupacional
2013

UNIVERSIDAD DE BOYACA
Medico Cirujano
2009

- **ESTUDIOS SECUNDARIOS:**

COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACION
Bachiller Académico
Duitama - Boyacá
2002

- **ESTUDIOS PRIMARIOS:**

COLEGIO CIUDADELA EDUCATIVA LA PRESENTACION
Cali - Valle
1992

- **CURSOS:**

DIPLOMADO EN CALIFICACION LABORAL. Fundación Universitaria San José. 24/10/2014.

MANEJO INTEGRAL EN CUIDADO INTENSIVO. Salamandra Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias. Marzo 17 del 2013. Vigencia 2 años. Intensidad 30 horas.

RECERTIFICACION BLS- ACLS. SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. junio 2012 Bogotá – Colombia. Intensidad 48 horas.

PRIMER SUMMIT ATENCION PRIMARIA EN COLOMBIA. Congreso Medico Latinoamericano de Atención y cuidado Primario. P.L.A. 9, 10 y 11 de junio. Intensidad 27 horas.

TALLER PRACTICO SOBRE INFILTRACIONES. Organización de capacitación P.L.A. Export. 11 deJunio 2012 Bogotá.

SIMPOSIO MANEJO DEL QUINTO ESLABON EN REANIMACION CUIDADOS INTEGRADOS POSPARO. Comité Nacional de Resucitación. 10 y 11 de febrero del 2012.

CURSO DE ELECTROCARDIOGRAFIA. Grupo de Reanimación S.A.S. centro de entrenamiento en Emergencia y Urgencias. 3 de Diciembre 2011. Intensidad 20 horas.

JORNADA PRIMER RESPONDIENTE EN SALUD MENTAL. Hospital Simón Bolívar. 30 de agosto 2011. Intensidad 8 horas.

REANIMACION NEONATAL. La Fundación Universitaria Sanitas. 27 agosto 2011. Intensidad 8 horas.

INITIAVE TO DECREASE CARDIOVASCULAR RISK AND INCREASE QUALITY OF CARE FOR PATIENTS LIVING WITH HIV/ AIDS. The Amerivan Heart Association. 8 agosto 2011.

12 CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO DE ATENCION Y CUIDADO PRIMARIO IPMA 2011. Organización P.L.A. Export Editores S.A. julio 2,3, y 4 de 2011 Bogotá. Intensidad 20 horas.

TALLER RESISTENCIA A LA INSULINIZACION UN PROBLEMA MEDICO. IPMA 2011 Congreso Medico Latinoamericano de Atención y Cuidado Primario. 3 de julio 2011.

ACTUALIZACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Universidad de La Sabana. 2 de julio 2011. Intensidad 8 horas.

PROVEEDOR DE PALS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. julio 2011 Bogota – Colombia. Intensidad 48 horas.

CURSO PHTLS Militar. The National Association of Emergency Medical Technicians a través de la Fundación Salamandra. 14 y 15 de mayo 2011.intensidad 20 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, Low intermediate level. California. January 2011. Intensidad 217 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, high beginning level. California. Octuber 2010. Intensidad 39 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, beginning conversation. California. octuber 2010. Intensidad 45 horas.

PROVEEDOR ACLS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de capacitación P.L.A. Export

Editores S.A. 3 y 4 de julio 2010 Bogotá – Colombia. Intensidad 30 horas.

PROVEEDOR BLS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. 2 de julio 2010 Bogotá – Colombia. Intensidad 20 horas.

11 CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO DE ATENCION Y CUIDADO PRIMARIO IPMA 2010. Organización P.L.A. Export Editores S.A. julio 3,4, y 5 de 2010 Bogotá. Intensidad 27 horas.

TALLER PRACTICO SOBRE INFILTRACIONES. Organización de capacitación P.L.A. Export. Julio 2010 Bogotá. Intensidad 4 horas.

FUNDAMENTOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Montería 25 de junio del 2008. Intensidad 40 horas.

ENGLISH DISCOVERIES- BASICO I. El servicio Nacional de Aprendizaje SENA. San Andrés 5 de junio del 2008

PLANIFICACION FAMILIAR. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Cartagena 29 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

CONTROL DE LA INFECCION DEL MEDIO HOSPITALARIO (DESINFECCION) El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Cartagena 27 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

ORIENTACION EN LA PLANIFICACION FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA Cartagena 27 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

II JORNADA ACADEMICA INTERDICIPLINARIA DIABETES MELLITUS. Universidad de Boyacá, Tunja 08 de abril del 2008.

PRIMER CONGRESO DE EXALUMNOS MEDICINA. Universidad de Boyacá, Tunja 01 de noviembre del 2007. Intensidad 8 horas.

SIMPOSIO DE TRAUMA INTERVENCION EN LAS FRONTERAS DE LA VIDA PRIVILEGIANDO SU CAPACIDAD DE RESPUESTA. Centro

Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias. Bogotá 9 de noviembre del 2007. Intensidad 8 horas.

SEMINARIO DE ACTUALIZACION GUIAS OFICIALES ACORL PARA MANEJO DE PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN OTORRINOLARINGOLOGIA. Asociación Colombiana de otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. Paipa 20 de octubre del 2007

TALLER MEDICINA FORENSE LESIONES PERSONALES. PRIMER ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRACTICA DE LOS PROFESIONALES EN SALUD. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Tunja 7 y 8 de septiembre del 2007.

TALLER DE CERTIFICACION DE MUERTE. PRIMER ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRACTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Tunja 7 y 8 de septiembre del 2007.

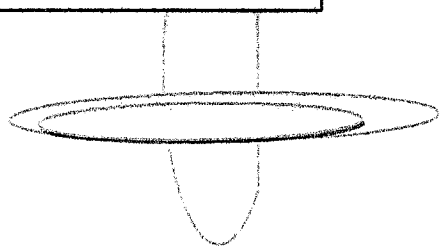
ISQUEMIA – LESION Y NECROSIS MIOCARDICA ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA Y ARRITMIAS CARDIACAS. Universidad del Bosque. Bogotá 13 de mayo del 2006. Intensidad 8 horas.

PRIMERA JORNADA CIENTIFICA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD. Universidad de Boyacá. Tunja 28 y 29 de septiembre 2005.

I SEMINARIO DE BIOTECNOLOGIA E INMUNOLOGIA. Universidad de Boyacá. Tunja 1 de septiembre del 2005.

MANEJO PRE Y HOSPITALARIO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES. Fundación Universitaria de Boyacá. Tunja 18 y 19 de noviembre 2003.

EXPERIENCIA LABORAL



CODESS
Medico Laboral calificador
11 de marzo del 2014-
286 05 55

COLMEDICOS
Médico especialista en Salud Ocupacional
15 junio 2013 – 8 de marzo del 2014
7470280

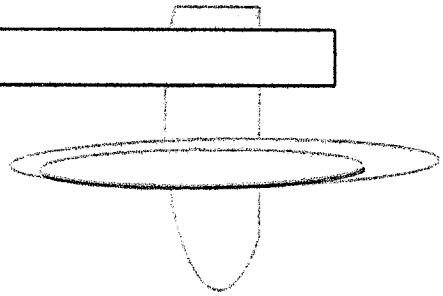
CLINICA UNIVERSITARIA DE LA SABANA
Médico de Urgencias
24 enero del 2014 – 30 mayo 2014
8617777

HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL
Medico Urgencias y Atención Pre hospitalaria
16 febrero 2011- 31 de marzo del 2014
6767940

HOSPITAL SUBA II NIVEL
Medico en Atención Pre hospitalaria.
1 junio 2011- 31 de enero del 2013

E.S.E. SALUD NOBSA
Medico en SSO.
7 julio 2009 al 6 de julio de 2010
CALLE 4 NO. 9 – 51
Nobsa - Boyacá
(8) 7773017

REFERENCIA FAMILIAR



- Betty Correa
- Enfermera Jefe
- Hospital Sogamoso
- Cel 3005662852

REFERENCIA PERSONAL

- Jorge Ecury
- Coordinación de urgencias
- Clínica Fundadores
- Tel: 320 4678473

- Gustavo López Corredor
- Medico Anestesiólogo
- Clínica San Javier. Sogamoso.
- Cel 3004831426 - 3133916688

- Pedro Pablo Becerra
- medico Urgencias
- Clínica Corpas
- Cel 314491544

Ángela Katheryne Valderrama Correa

53.164.726 Bogotá
RM. 1299-10
Resolución 7152 del 2013

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VALDERRAMA	CORREA	ANGELA KATHERYNE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53169726

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 25 MES 04 AÑO 1985

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: VALLE

MUNICIPIO: CALI

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: KRA 50 N° 163D-20 INT 3 APT 304

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA

TELÉFONO: 3103319055 EMAIL: katheryn16@yahoo

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2002

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		MEDICO CINUSANO	06	2009	1299-10
ES	2	X		ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL	09	2013	7152

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
INGLES		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SIMON BOLIVAR	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6767990	DÍA 16 MES 02 AÑO 2011	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico Urgencias	Urgencias	Kra 7N° 165-10

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital de Suba	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3230622	DÍA 01 MES 06 AÑO 2011	DÍA 02 MES 10 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Apoyo Profesional Urgencias	Urgencias	Carrera 60 46-23

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Chia	clinicauniversidad@unisabana.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8617777	DÍA 28 MES 01 AÑO 2019	DÍA 03 MES 06 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	Urgencias	Autopista Nte 4m7

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	4	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ● ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá, 05/12/2019

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 70717164

WEB
14:34:41

Bogotá DC, 01 de abril del 2015

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 53164726:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

DERECHOS Y DEBERES Individuo y Sociedad **Personería de Bogotá, D.C.**

CERTIFICADO ORDINARIO
VIA WEB
No. 548700
Pag. 1 de 1

Bogotá, D.C., 01 de Abril de 2015

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor (a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No: CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VENTISEIS de BOGOTA D.C

53164726

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 t 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición

CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO

OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 1 de abril de 2015, a las 14:29:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	53.164.726
Código de Verificación	674561402015

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SILVANO GÓMEZ STRAUCH

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 01/04/2015 a las 14:49:05 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 53164726 y Nombres: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Solicitudes, Quejas, Reclamos

Manual de Navegación | Políticas de Seguridad | Políticas de Privacidad y Uso | Mapa del Sitio | LOGIN

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Prosperidad para todos

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Nacionalizado La Presentación

Duitama, Boyacá

Autorizado hasta Nueva Visita por la Secretaría de Educación de Boyacá,
según Resolución No. 001131 del 6 de diciembre de 2001,

Confiere a:

Angela Katheryne Valderrama Correa

Identificada con T.I. No. 850425-44618 de Cali

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Hna. Fanny Yolanda Barrantes Muñoz
Rectora

María Eugenia Agudelo Colmenares
Secretaria

Anotado al Folio No. Libro de Registro No.

Dado en Duitama, Boyacá, a 30 de noviembre de 2002

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Presidente

INSTITUCION COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACIÓN

DIRECCION CARRERA 15 No. 16 – 46

TELEFONO 7604090 ~~311832~~

JORNADA ORDINARIA Inscripción S.E. 315238000085

Inscripción DANE

ACTA DE GRADO

En la ciudad de DUITAMA a los 7 días del mes de Diciembre del año 2002 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACION

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el Nivel de Educación Media ACADEMICO y autorizada por MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según Resolución N° 1131 del 6 de Octubre del 2001

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE T.I. 850425-44618 CALI

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 21 de fecha DICIEMBRE 06 DE 2001 que consta de 87 alumnos que comienza con el nombre de ACOSTA RAMIREZ ANDREA CAROLINA y se cierra con el nombre de ZAMBRANO BARRERA ANA MARÍA

firmado y sellado por HNA. FANNY YOLANDA BARRANTES MUÑOZ (Rector) y MARIA EUGENIA AGUDELO COLMENARES (Secretario).

Dada en DUITAMA a los 28 días del mes de ENERO del 2013

El Rector o Director

El Secretario

C.C. N° 23.739.554

Firmado y Sellado

C.C. N°

Firmado y Sellado

FISE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 DE 16 DE SEPTIEMBRE DE 2004

En nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. No. 53.164.726 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C. - Cundinamarca

CURSÓ TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y POR LAS NORMAS LEGALES LE CONFIERE EL TÍTULO UNIVERSITARIO DE:

MÉDICA CIRUJANA

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
Reconócese este Título para todos los efectos legales: 1293
Resolución Nº
Ciudad 17 AGO 2010
FIRMA: Secretario

EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

DADO EN TUNJA A LOS 26 DEL MES DE JUNIO DE 2009

PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

RECTOR

UNIBOYACA
LIBRO DE REGISTRO No. 13
FOLIO No. 3733
REGISTRO No. 7426
DIPLOMA No. 8151

SECRETARIO GENERAL

DECANO FACULTAD

10934

Universidad de Boyacá

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 del 16 de Septiembre de 2004
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 8151

En la ciudad de TUNJA el día 26 del mes de JUNIO de 2009 se llevó a cabo el acto de graduación presidido por EL SEÑOR PRESIDENTE Y LA SEÑORA RECTORA en el cual la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según ACUERDO No. 014 del día 09 del mes de NOVIEMBRE DE 1993 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

MÉDICA CIRUJANA

a: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

identificado (a) con C.C. No. 53.164.726 de BOGOTÁ D.C quien cumplió con los requisitos académicos con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y con las normas legales y le otorgó el Diploma No. 8151 que lo acredita como PROFESIONAL para lo cual presentó el trabajo de grado titulado:

---

calificado como _____ en fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad de TUNJA a los 26 días del mes de JUNIO de 2009 por quienes en esta graduación intervinieron.

Libro de Registro No. 13

Folio No. 3733

Registro No. 7426

(El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Presidente Consejo Directivo, Rector, Secretario General y Decano de la Facultad).

Es fiel copia tomada del original.

SECRETARIO GENERAL

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSION: 0
		CÓDIGO: SS-P12-F01
	RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN	FECHA: 01/07/2009

RESOLUCIÓN NUMERO 1299 DE

17 AGO 2010

Por la cual se registra un Titulo y se confiere una autorización.

El Secretario de Salud de Boyacà en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, y,

CONSIDERANDO:

Que ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA , identificada con Cédula de Ciudadanía Número 53.164.726 expedida en Bogotà, ha solicitado el registro de su titulo como MEDICA CIRUJANA que le otorgó LA UNIVERSIDAD DE BOYACA de la ciudad de Tunja el dìa 26 de Junio de 2009 .

Que dicho título se encuentra registrado en LA UNIVERSIDAD DE BOYACA , Libro de Registro N°13 , Folio N°3733 , Registro No 7426 , Diploma N°8151 .

Que el aludido profesional cumplió con el Servicio Social Obligatorio en LA E.S.E. "SALUD NOBSA" DE NOBSA , en el período comprendido entre el 7 de Julio de 2009 y el 6 de Julio de 2010, .

02 FEB 2011

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Titulo y autorizar el ejercicio de la profesiòn de MEDICA CIRUJANA a ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA con Cédula de Ciudadanía Número 53.164.726 expedida en Bogotà en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resoluciòn rige a partir de la fecha de expediciòn.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los,

LUIS CARLOS OLARTE CONTRERAS
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.
Elaboro: Rosa Maria Mesa

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. 53.164.726 de Bogotá, D.C.

EL TÍTULO DE

Especialista en Salud Ocupacional

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 26 DÍAS DEL MES ABRIL DE 2013

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR DE PROGRAMA

de Registro No. 9
e Grado No. 260
No. 134
ro Profesional No. 020913

01839

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 260 LIBRO No. 9 FOLIO No. 154

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. No. *53.164.726 de Bogotá, D.C.*

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

Especialista en Salud Ocupacional

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 26 DIAS DEL MES ABRIL DE 2013

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

No. 01839

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ANGELA KATHERYNE
VALDERRAMA CORREA

C.C. 53164726

MEDICO(A)

Expedicion 02/02/2011

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ, D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.

Profesión u Ocupación
MÉDICO

15 1299/2010

Nombres y Apellidos
VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

C.C. o C.E.
CC 53164726

De
BOGOTÁ, D.C.

Institución de Educación
UNIBOYACA

Ciudad
TUNJA

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Proveedor de SVCA/ACLS

American Heart Association®

VALDERRAMA CORREA ANGELA

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

~~Julio 6 de 2014~~
Fecha de emisión

Julio 6 ~~de 2016~~
Fecha de actualización recomendada

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Nombre del centro de entrenamiento: P.L.A Export Editores S.A ZL20074

Información del centro de entrenamiento: Bogotá -Colombia 6193036

Lugar del curso: Bogotá -Colombia

Nombre del instructor: Alexandra Martínez 01112258009

Firma del titular

© 2011 American Heart Association *Manipular esta tarjeta alterará su apariencia.* 90-2319US

PROFESIONAL DE LA SALUD

Profesional de la salud

American Heart Association®

VALDERRAMA CORREA ANGELA

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa Soporte Vital Básico (SVB/BLS) de la American Heart Association para profesionales de la salud (RCP y DEA).

julio 5 de 2016 julio 5 de 2018

Fecha de emisión | Fecha de actualización recomendada

PROFESIONAL DE LA SALUD

Nombre del centro de entrenamiento: P.L.A Export Editores S.A ZL20074

Información del centro de entrenamiento: Bogotá -Colombia 6193036

Lugar del curso: Bogotá -Colombia

Nombre del instructor: Alexandra Martinez 011112258009

Firma del titular

© 2011 American Heart Association *Manipular esta tarjeta alterará su apariencia.* 90-2321US

FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

Ángela Katheryne Valderrama Correa

C.C. 53.164.726

Cursó el

DIPLOMADO DE CALIFICACIÓN LABORAL TEÓRICO PRÁCTICO COMPARATIVO MANUALES: DECRETO 917 DE 1999 VS DECRETO 1507 DE 2014.

Realizado en Bogotá D.C., Colombia, del 8 de mayo al 24 de octubre de 2014, con una intensidad de 150 horas.

En constancia firman:

Dr. Sergio Parra Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vásquez
Director Educación Continuada

E H C

CORPORACIÓN PARA
EL DESARROLLO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Certifican que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

C.C.53164726

Asistió a la capacitación teórico práctica sobre

Manual Único para la Calificación de la Perdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014

Intensidad: 40 horas. Bogotá, D.C 10,11,12 y 13 de Octubre de 2014

María Mercedes Peña
Gerencia Médica

Flor Esperanza Rodriguez Ferro
Facilitadora

Hermes Rodolfo Suarez Vega
Facilitador

Cristian Alonso Ramirez
Facilitador

PLA
Professional Leadership Academy

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

VALDERRAMA CORREA ANGELA

Realizó el curso de

PROVEEDOR ACLS

Según las normas de la American Heart Association

Certificamos 48 horas de estudio
Julio de 2014
en la ciudad de Bogotá

Alexandra Martínez

Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Mint® Culture

Netwip Internacional S.A.
Nit.900.094.127-4

Listening

Speaking

Thinking

Writing

Reading

Refresh your Knowledge

HEREBY STATES THAT

Ángela Katheryne Valderrama

53164726

Has successfully completed the Real Scenes

AS AN ENGLISH INTERPRETER

WITH MINT ENJOY'S DIDACTIC MATERIAL

(160 support hours max. - Informal Education)

Ceremony Date. 12/6/13

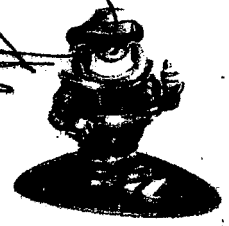
Bogotá, D.C. - Colombia - South America

Mint WARRANTY

Senior Marketing Vice-President

General Administrative Manager

Mint Coordinator



Salamandra®
Centro Internacional de Entrenamiento

Por medio de la presente constancia SALAMANDRA Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias, certifica que:

Angela Katheryne Valderrama Correa

Con cédula de ciudadanía N° 53164726

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación del curso

Manejo Integral en Cuidado Intensivo

Con una intensidad de 30 horas

Para constancia se firma en la ciudad de Bogota a los diecisiete (17) días del mes de Marzo de 2013, con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

LAUREANO QUINTERO, MD.
Director Científico

Constancia registrada con el No. A-CCR09320131019

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

Resolución No.4974 de diciembre de 2004 de Mineducación

Certifica que:

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA

Asistió a la:

ACTUALIZACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL, ASPECTOS DE SEGURIDAD Y DE LA LEY 1562 DE 2012

Con una intensidad de 8 horas
Realizada el 01 de Noviembre de 2012

Juan Carlos Beltrán Gómez
Rector

Paulo Daniel Acero Rodríguez
Director Escuela de Postgrados

Como constancia de lo anterior se firma a los 01 días del mes de Noviembre de 2012.

PLA
Professional Leadership Academy

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Realizó el curso de

RECERTIFICACION BLS-ACLS

Según las normas de la American Heart Association
Certificamos 48 horas de estudio
junio de 2012
en la ciudad de Bogotá - Colombia

Juan Carlos Cortés

Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Taller de Infiltraciones

Valderrama Correa Angela Katherine

Asistió al taller de "Infiltraciones", dictado por el
Dr. Roberto González, el día lunes 11 de junio de 2012, en el marco
del XIII Congreso Médico Latinoamericano de
Atención y Cuidado Primario.

CONGRESO MÉDICO
LATINOAMERICANO
DE ATENCIÓN Y CUIDADO PRIMARIO
IPMA 2012

Carlos Ortíz Ortíz
Presidente
Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Dr. Roberto González

PLA
Professional Leadership Academy

COMITÉ NACIONAL DE RESUCITACIÓN COLOMBIA

Certifica que

ANGIE KATHERINE VALDERRAMA

Asistió al simposio:

MANEJO DEL QUINTO ESLABÓN EN REANIMACIÓN CUIDADOS INTEGRADOS POSPARO

Llevado a cabo en la ciudad de Bogotá los días 10 y 11 de febrero de 2012

Presidente
Dr. Luis Eduardo Vargas

Vice Presidente
Dr Yuri Forlàn Bustos

GRUPO
REANIMA S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS Y URGENCIAS

Certifica que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA

c.c. 53.164.726

Ha completado satisfactoriamente el Curso de:

ELECTROCARDIOGRAFIA

según los lineamientos del

GRUPO REANIMA S.A.S.

Este curso certifica 20 horas de Educación Médica

Bogotá, Diciembre 03 de 2.011

LIBARDO VARON YAZO
Director Científico

Hospital
Simón Bolívar

El Hospital Simón Bolívar III Nivel ESE.

Certifica que:

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
C.C. 53164726

Asistió a la Jornada de Actualización "Primer Respondiente en Salud Mental", realizada el día 30 de Agosto de 2011, con una intensidad horaria de 8 horas.

Bogotá D.C., Septiembre de 2011

LUIS GUILLERMO CANTOR WILCHES
Gerente Hospital Simón Bolívar

RONALD PRADO DE LA GUARDIA
Instructor - Médico Psiquiatra

LUCY STELLA ÁLVAREZ RAMÍREZ
Profesional Especializado (e) Gestión Humana

BOGOTÁ BICENTENARIO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG HUMANA

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Certifica que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

ha participado en el curso

REANIMACIÓN NEONATAL

celebrado en la ciudad de Bogotá el día 27 de agosto del 2011, con una intensidad de 8 horas.

Mauricio Herrera
Director Científico e-sanitas

Adriana Acuña
Hospital Based Instructor
American Academia of Pediatrics

Organiza ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.

11BO57FC35673

PLA
Professional Leadership Academy

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Realizó el curso de

PROVEEDOR PALS

Según las normas de la American Heart Association
Este curso está acreditado con 48 horas de estudio
Julio de 2011
en la ciudad de Bogotá - Colombia

Angel Castro

Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Universidad de
La Sabana

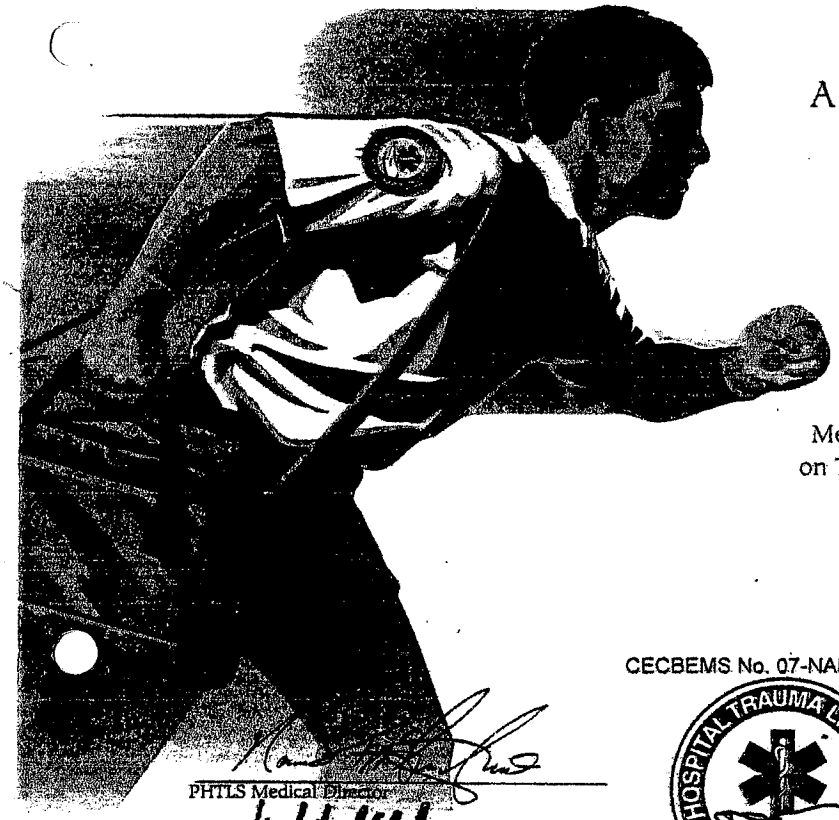
CERTIFICA QUE:

Angela Katherine Valderrama Correa

Asistió al curso de
Actualización en Urgencias y Emergencias,
dictado el 2 de julio de 2011, en el XII Congreso Médico Latinoamericano de Atención y Cuidado Primario, acreditado con 8 horas de estudio.

Paola Rueda
Directora Proyectos Especiales
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA

NAEMT



THIS IS TO
ACKNOWLEDGE THAT

Angela Katheryne Valderrama C.

has successfully completed the

Advance Provider Course

sponsored by the National Association of Emergency Medical Technicians, in cooperation with the Committee on Trauma of the American College of Surgeons and

Fundación Salamandra

CECBEMS No. 07-NAEMT-F2A-0007 assigned 16 CE Hours Adanced

PHTLS Medical Director

National PHTLS Chairperson

PHTLS Faculty Representative

Pre-Hospital Trauma Life Support NAEMT

Dr. Laureano Quintero
Course Medical Director

Course Coordinator

PH-11-2869-02	05/15/2011	05/15/2015
National Course Number	Date Issued	Date Expired

IPMA 2011

XII CONGRESO

Médico Latinoamericano
de Atención y Cuidado Primario

Certifica que

Angela Katherine Valderrama Correa

Asistió al programa académico
acreditado con 20 horas de estudio

Bogotá D.C. Julio 2, 3 y 4 de 2011

Carlos Ortíz Ortíz
Presidente
Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

PLA
Professional Leadership Academy

IPMA 2011

XII CONGRESO

Médico Latinoamericano
de Atención y Cuidado Primario

Certifica que

Angela Katherine Valderrama Correa

Asistió al taller
"Resistencia a la insulinización, un problema médico?"

Bogotá D.C. 3 de julio de 2011

Dr. Jorge Castillo
Director de taller

sanofi aventis
La Salud es lo esencial

PLA
Professional Leadership Academy

SALAMANDRA®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

NAEMT®

The National Association of Emergency Medical Technicians a través de la Fundación Salamandra

Otorga la presente

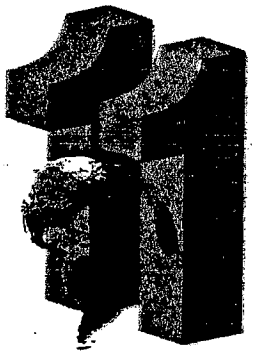
CONSTANCIA A

Angela Katheryne Valderrama Correa

Por su asistencia al Curso ***PHTLS Militar*** *Provider llevado a cabo en la ciudad de Bogotá, los días 14 y 15 de Mayo de 2011, con una duración de 20 horas.*

Curso Oficial que sigue los lineamientos establecidos por la ***National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT)*** en Cooperación con el ***American College of Surgeons.***

Dr. Laureano Quintero B.
PHTLS Affiliate Faculty
Director Científico



CONGRESO MÉDICO
Latinoamericano de Atención y Cuidado Primario
IPMA 2010

Certifica que

Valderrama Correa Ángela

Asistió al programa académico
acreditado con 27 horas de estudio categoría 1,
de acuerdo con normas internacionales del
Acreditation Council for Continuing Medical Education.

Bogotá D.C. Julio 3, 4, y 5 de 2010

Carlos Ortíz Ortíz
Presidente
Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A.

ACADEMIC A.C.
MCR
IMI
AMADIM
CEM
Universidad de La Sabana
CRMA
P.L.A. Export Editores S.A.

REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53164726

Cursó y aprobó la acción de Formación

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cartagena a los Veintinueve (29) días del mes de Mayo de Dos Mil Ocho (2008)

FRANCISCO CERVANTES MENDOZA
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLIVAR

SGCV2008593309

SGCV2008593309 29/05/2008
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53164726

Cursó y aprobó la acción de Formación

ORIENTACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cartagena a los Veintisiete (27) días del mes de Mayo de Dos Mil Ocho (2008)

FRANCISCO CERVANTES MENDOZA
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLIVAR

SGCV2008590958

SGCV2008590958 27/05/2008
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

Universidad de Boyacá
UniBoyacá

Vicerrectoría Académica

CERTIFICAN:

Que: **ÁNGELA KATHERYNE VALDERRAMA C.**

C.C. 53.164.726 de Bogotá, D.C.

Asistió a

II JORNADA ACADEMICA INTERDISCIPLINARIA

DIABETES MELLITUS

Tunja, 08 de Abril de 2008

ANDRÉS CORREAL CUERVO
Vicerrector Académico

GLORIA EUGENIA CAMARGO VILLALBA
Decano (a) de la Facultad

Universidad de Boyacá
UniBoyacá

Vicerrectoría Académica

CERTIFICAN:

ANGELA KATHERINE VALDERRAMA CORREA

Asistió a

PRIMER CONGRESO EXALUMNOS MEDICINA

Intensidad horaria 08 horas

Tunja, 01 de Noviembre de 2007

ANDRÉS CORREAL CUERVO
Vicerrector Académico

GLORIA EUGENIA CAMARGO VILLALBA
Decano (a) de la Facultad

Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial

a

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA

Como asistente al
Seminario de Actualización de las Guías Oficiales ACORL para el Manejo de las Patologías más Frecuentes en Otorrinolaringología
Paipa, 20 de Octubre de 2007

Presidente
Junta Directiva

ACORL
Cirugía de Cabeza y Cuello
Maxilofacial y Estética Facial

Secretario
Junta Directiva

2 C.E.M

FEPASDE

FONDO ESPECIAL PARA AUXILIO SOLIDARIO DE DEMANDAS

1er ENCUENTRO REGIONAL

EN LA PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

CERTIFICA

Que el Dr.(a):

ANGELA KATHERINE VALDERRAMA C.

Medicina Forense - Lesiones

Asistió al Taller

Primer Encuentro Regional Sobre Aspectos Forenses en la practica de los profesionales de la salud

Realizado el 7 y 8 de Septiembre de 2007

Fabio Cañon
Gerente Seccional Boyacá - SCARE

Dra. Cecilia García Torres
Jefe de Departamento de Educación Continuada

FEPASDE
FONDO ESPECIAL PARA AUXILIO SOLIDARIO DE DEMANDAS

1er ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS EN LA PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

ANESTHESIA DEORUM ARS
SCARE

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

CERTIFICA

Que el Dr.(a):

ANGELA KATHERINE VALDERRAMA CORREA

Asistió al Primer Encuentro Regional

Sobre Aspectos Forenses en la practica de los profesionales de la salud

Realizado el 7 y 8 de Septiembre de 2007

Fabio Cañon
Gerente Seccional Boyacá - SCARE

Dra. Cecilia García Torres
Jefe de Departamento de Educación Continuada

FEPASDE

FONDO ESPECIAL PARA AUXILIO SOLIDARIO DE DEMANDAS

1er ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

ANESTHESIA DEORUM ARS SCARE

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

CERTIFICA

Que el Dr.(a):

ANGELA KATHERINE VALDERRAMA C.

Medicina Forense – Certificación de la Muerte

Asistió al Taller _____

Primer Encuentro Regional Sobre Aspectos Forenses en la practica de los profesionales de la salud

Realizado el 7 y 8 de Septiembre de 2007

Fabio Cañon
Gerente Seccional Boyacá - SCARE

Dra. Cecilia García Torres
Jefe de Departamento de Educación Continuada

SALAMANDRA
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

CERTIFICA QUE:

Ángela K. Valderrama Correa

Asistió al:

SIMPOSIO DE TRAUMA

INTERVENCIÓN EN LAS FRONTERAS DE LA VIDA

Privilegiando su capacidad de respuesta

Con una intensidad horaria de 8 Horas

Para constancia en Bogotá a los nueve (9) días del mes de Junio de 2007

Laureano Quintero Barrera
Director Científico

Universidad de Boyacá
UniBoyacá

Vicerrectoría Académica

CERTIFICAN:

Que: *ÁNGELA KATHERYNE VALDERRAMA C.*

Asistió a

1ª JORNADA CIENTIFICA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Tunja, 28 y 29 de Septiembre de 2006

Ing. ANDRÉS CORREAL CUERVO
Vicerrector Académico

Dra. GLORIA EUGENIA CAMARGO VILLALBA
Decano (a) de la Facultad

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
LABORATORIO DE SIMULACIÓN CLÍNICA

Certifica que:

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Asistió a los cursos de :

ISQUEMIA-LESION Y NECROSIS MIOCARDICA
ELECTROCARDIOGRAFÍA BÁSICA Y ARRITMIAS CARDÍACAS

Realizado en la ciudad de Bogota el 13 de Mayo de 2006 con una intensidad de 8 horas.

Dr. HERNANDO MATIZ CAMACHO, MD.,FACC., FACP..
Director Laboratorio de Simulación y Habilidades Clínicas
Centro de Entrenamiento en Reanimación Cardiopulmonar
Universidad El Bosque

Universidad de Boyacá
UniBoyacá

CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO - CIPADE
FACULTAD DE CIENCIAS E INGENIERÍA

CERTIFICAN:

Que: *Angela Katheryne Valderrama*

Asistió a

I Seminario de Biotecnología e Inmunología

Tunja, **1 de Septiembre de 2005**

Dra. ROSA AMALIA CUERVO PAYERAS
Director (a) del CIPADE

Ing. CLARA PATRICIA AVELLA
Decano (a) de la Facultad

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE BOYACÁ

UniBoyacá

CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO - CIPADE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICAN:

Que: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA C.

Asistió a

SEMINARIO "MANEJO PRE Y HOSPITALARIO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES"

Tunja, 18 Y 19 DE NOVIEMBRE DE 2003

Dra. ROSA AMALIA CUERVO PAYERAS
Directora del CIPADE

Dr. PEDRO MANUEL BUSTAMANTE BOHIGAS
Decano (a) de la Facultad

San Mateo Union High School District Adult School & Community Education
San Mateo, California

This certifies that

Angela Valderrama

Has successfully completed 39 hours of instruction in
English as a Second Language

High Beginning

Shirley McMahon

Shirley McMahon, Instructor
October 2010

Accredited by the Western Association of Schools and Colleges

San Mateo Union High School District Adult School & Community Education
San Mateo, California

This certifies that

Angela Valderrama

Has successfully completed **217** *hours of instruction in*

English as a Second Language

Low Intermediate Level

Lisa Dolehide, Instructor

January 2011

Accredited by the Western Association of Schools and Colleges

San Mateo Union High School District Adult School & Community Education
San Mateo, California

This certifies that

Angela Valderrama

Has successfully completed 45 *hours of instruction in English as a Second Language*

Beginning Conversation

David A Doneff

Instructor, David Doneff

10/04/10

Date

Accredited by the Western Association of Schools and Colleges

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERINE

Realizó el curso de

PROVEEDOR BLS

Según las normas de la American Heart Association

Este curso está acreditado con 20 horas de estudio
El día 2 de julio de 2010
en la ciudad de Bogotá - Colombia

Juan Carlos Cortes
Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERINE

Realizó el curso de

PROVEEDOR ACLS

Según las normas de la American Heart Association

Este curso está acreditado con 30 horas de estudio
Los días 3 y 4 de julio de 2010
en la ciudad de Bogotá - Colombia

Juan Carlos Cortes

Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Organización de Capacitación P.L.A. Export

Otorga el presente certificado a

Ángela Valderrama

Quien asistió al

"Taller práctico sobre infiltraciones"

Acreditando 4 horas de estudio

Bogotá, D.C., julio de 2010

Roberto González
MD - Ortopedista
Director de Taller

Bussié

Pfizer

Trabajamos juntos por un mundo más saludable™

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53164726

Cursó y aprobó la acción de Formación

CONTROL DE LA INFECCIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO (DESINFECCIÓN)

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cartagena a los Veintisiete (27) días del mes de Mayo de Dos Mil Ocho (2008)

FRANCISCO CERVANTES MENDOZA
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLIVAR

SGCV20085911407

SGCV2008591140 27/05/2008
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53164726

Cursó y aprobó la acción de Formación

ENGLISH DISCOVERIES - BÁSICO I

Con una duración de 60 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en San andres a los Cinco (5) días del mes de Junio de Dos Mil Ocho (2008)

ELIZABETH JAY-PANG DIAZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN TURÍSTICA, GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS
REGIONAL SAN ANDRES

SGCV2008606136

SGCV2008606136 5/06/2008
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO HUMANO
DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD
DE LA SABANA
NIT 832.003.167-3

CERTIFICA

Que **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificada con **C.C.53.164.726** estuvo vinculada en nuestra Institución con un contrato a término indefinido desde el 28 de enero de 2014 hasta el 03 de junio de 2014, desempeñándose como **MÉDICO GENERAL**, Con una dedicación laboral de 120 horas mensuales, lo que equivale al 50% del tiempo trabajado y un salario mensual por valor de **UN MILLÓN VEINTE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($1.020.586).** Adicionalmente recibió bonos no constitutivos de salario por valor de **CUATROCIENTOS TRECE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE ($413.751).**

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 03 días del mes de junio de 2014.

Cordial saludo,

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
NIT. 832.003.167-3
DESARROLLO HUMANO

ADRIANA MILENA GARCÍA LEÓN
DIRECTORA DESARROLLO HUMANO

Alexandra R.

Autopista Norte - Km. 7. Teléfono: 8617777
FAX: 8617777 Ext: 1290 Correo: info@clinicaunisabana.edu.co
www.clinicaunisabana.edu.co Chía, Cundinamarca, Colombia
Vigilado SUPERSALUD

Servicios & Asesorías s.a.
Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

LA COORDINACION DE SERVICIO AL CLIENTE

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificado (a) con cédula de ciudadanía número 53.164.726 labora en misión para nuestra empresa cliente **HOSPITAL DE SUBA E.S.E.** desempeñando el cargo como apoyo temporal **APOYO PROFESIONAL MEDICO 8 HORAS URGENCIAS** durante los siguientes periodos:

Desde 1/06/2011 al 16/08/2011
Desde 6/09/2011 al 11/04/2012
Desde 2/10/2012 a la fecha.

Con un contrato por obra o labor determinada devengando un salario básico mensual de $1.550.000 (UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS) y otros ingresos que no constituyen salario de $1.674.000 (UN MILLON SESICIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS)

Se expide a solicitud del interesado a los (3) días del mes de diciembre de 2012 en la ciudad de Bogotá D.C.

JORGE EDUARDO RUGE
Coordinador SAC
Servicios y Asesorias S.A.

Bogotá, D.C., 27 de Junio de 2012

EL LIDER
DEL
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR:

Que, el señor(a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No.53.164.726** presta sus servicios mediante la Orden de Suministro de Servicios como **PROFESIONAL UNIVERSITARIO (MÉDICO)** en el área **ASISTENCIAL**, desde el día 16 de Febrero de 2011, recibiendo por honorarios mensuales: la suma de **($5.670.000) Cinco millones Seiscientos Setenta mil pesos M/cte.**

Se deja constancia que entre el señor (a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA** y el **HOSPITAL SIMON BOLIVAR**, no existe relación laboral alguna, ni vinculación diferente a la derivada del contrato que le permite suministrar sus servicios en el área Asistencial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

JULIO CESAR GUERRA MORENO
LIDER
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

Proyectó: Marcela Medina

Empresa Social del Estado
Salud Nobsa

CERTIFICACION

FRANCIS TOBO SIACHOQUE GERENTE DE LA ESE SALUD NOBSA
HACE CONSTAR:

Que la doctora **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificada con la cédula de ciudadanía No. 53.164.726 de Bogotá, desempeñó el cargo de Médico General en Servicio Social Obligatorio en la Empresa Social del Estado Unidad de Salud Nobsa, nombrada mediante acta de posesión No. 015 del 06 de Julio de 2009. La citada profesional desempeño el cargo mencionado durante el periodo de tiempo comprendido entre el 07 de Julio de 2009 al 06 de Julio de 2010, cumpliendo con los programas y actos previstos.
El cargo, sede y localidad antes mencionados son válidos para la prestación del Servicio Social Obligatorio, cuya plaza fue aprobada por la Gobernación de Boyacá y la Secretaría de Salud de Boyacá, mediante la resolución No. 689 del 06 de Mayo de 2008, mediante la cual se aprueba una plaza para la prestación del Servicio Social Obligatorio, registrada bajo el número M–298. En concordancia la doctora ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA ha cumplido el Servicio Social Obligatorio de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

En constancia se firma en Nobsa, a los 06 días del mes de Julio de 2010

Atentamente,

FRANCIS LILIANA TOBO SIACHOQUE
Gerente ESE Salud Nobsa

LABORATORIO CLINICO
MARIA CLEMENCIA RODRIGUEZ M.

CERTIFICO

Que la Doctora ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA, identificada con la C.C. No. 53.164.726 de Bogotá, trabaja como Médico Especialista en Salud Ocupacional en el Laboratorio Clínico María Clemencia Rodríguez M. hace 3 meses, en este tiempo ha demostrado ser una persona responsable y cumplidora de su trabajo.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (20) Veinte días del mes de Mayo de 2013..

Atentamente,

MARIA CLEMENCIA RODRIGUEZ
C.C. No. 41.749.914 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.164.726**

VALDERRAMA CORREA
APELLIDOS

ANGELA KATHERYNE
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ABR-1985**
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-MAY-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500117-42117902-F-0053164726-20030915 03867 03259A 01 149935634

compensar

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
COMPENSAR EPS

Nit. 860.066.942-7
Certifica

Que el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53.164.726, se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro
20140821	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), a los 1 días del mes de Abril de 2.015

Observaciones:

Con destino a:
HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Información sujeta a verificación por parte de Compensar EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

Compensar EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001 CER-AF 472076
IQNet

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **53,164,726**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Abril de 2015.

Gerente de Clientes

Hospital Simón Bolívar	**DATOS PERSONALES DEL CONTRATISTA**	Código: GTH-FO-295-003	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTION DEL TALENTO HUMANO CONTRATACION	Versión: 0	

Nombres y Apellidos Completos : Angela Katheryne Valderrama Correa.

Identificación 53164726 Fecha Exp 26/05/03 RH O+ Edad : 29 Sexo: F X M__ TG__

Lugar y fecha de Nacimiento Cali - 2 Sabril 1985

Dirección Kra 50 N°163B-80 int 3 apt 209 Teléfonos 3103319055

Casado(a) ___ Soltero(a) X Divorciado(a) ___ Unión Libre __ Viudo(a) ___ N° de hijos___

Grupo Étnico al que pertenece : Rom___ Raizales___ Indígenas___ Afro Colombiano___ Otro___

GRUPO FAMILIAR

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad
Yevlin melissa Valderrama Correa	Hermana	22
Rosa Angelica Valderrama Correa	Hermana	19.

Bachiller____ Técnico____ Profesional____ Profesional especializado X MG___ PD___
Institución Educativa Universidad de Boyaca. Titulo Medico Cirujano
Tarjeta Profesional N° 1799-10
EPS Comeemav Fondo de Pensiones Proveer
Caja de Compensación Comeemav
Correo electrónico Katheryn1160@yahoo.com.

Este campo NO lo diligencie

Objeto del Contrato_____
N° CDP_____ N° CRP_____ Código_____ N°Contrato_____
Fecha de inicio del contrato_____
Fecha de finalización del contrato_____
Valor del contrato mensual _____ Supervisor _____

Fecha de diligenciamiento : _____

20. ¿A qué equipo de trabajo pertenecía?
medicadecuciencias.

21. ¿Qué actividades desarrollaba?
Consulta, triage, reanimacion, Procedimientos

22. ¿De esas actividades cual le llamaba más la atención y cual menos y porque?
Consulta → abundo
Procedimientos → Accion. y Urgencias

23. ¿Ha dirigido grupos de trabajo? Si X No _____ En caso afirmativo ¿qué tipo de dirección ha hecho?
Lider de proyecto con ARL Rama Judicial.

24. ¿Ha participado en proyectos? Si X No _____ En caso afirmativo ¿qué tipo de dirección ha hecho?

25. ¿Logros de su vida hasta el momento ?
Medico - Especializacion en medicina laboral - Diplomados en educacion

26. ¿No de personal bajo su cargo? 6.

Observaciones:

Concepto Profesional:
Se presenta [illegible] que cuenta con los requerimientos no determinados para el cargo

Puntaje 90

Profesional de Talento Humano

Ancieda Nathaly DE Caldarera Cbnes 33164976

SISTEMA DE PERFIL PERSONAL

COMPASS VENEZUELA

0

DiSC

Escoja una Palabra "MAS" y una palabra "MENOS" que lo describa

1	MAS	MENOS
ENTUSIASTA	○	○
RAPIDO / A	○	○
LOGICO / A	●	○
APACIBLE	○	●

2	MAS	MENOS
CAUTELOSO /A	○	○
DECIDIDO / A	●	○
RECEPTIVO /A	○	○
BONDADOSO / A	○	●

3	MAS	MENOS
AMIGABLE	○	○
PRECISO / A	●	○
FRANCO / A	○	○
TRANQUILO / A	○	●

4	MAS	MENOS
ELOCUENTE	●	○
CONTROLADO / A	○	○
TOLERANTE	○	●
DECISIVO / A	○	○

5	MAS	MENOS
ATREVIDO / A	○	○
CONCIENZUDO / A	○	●
COMUNICATIVO / A	●	○
MODERADO / A	○	○

6	MAS	MENOS
AMENO / A	○	○
INGENIOSO / A	●	○
INVESTIGADOR / A	○	○
ACEPTA RIESGOS	○	●

7	MAS	MENOS
EXPRESIVO / A	○	○
CUIDADOSO / A	○	○
DOMINANTE	●	○
SENSIBLE	○	●

8	MAS	MENOS
EXTROVERTIDO / A	●	○
PRECAVIDO / A	○	○
CONSTANTE	○	○
IMPACIENTE	○	●

9	MAS	MENOS
DISCRETO	●	○
COMPLACIENTE	○	●
ENCANTADOR / A	○	○
INSISTENTE	○	○

10	MAS	MENOS
VALEROSO / A	○	○
ANIMA A LOS DEMAS	○	○
PACIFICO / A	○	●
PERFECCIONISTA	●	○

11	MAS	MENOS
RESERVADO / A	○	○
ATENTO /A	○	●
OSADO / A	●	○
ALEGRE	○	○

12	MAS	MENOS
ESTIMULANTE	○	○
GENTIL	○	●
PERCEPTIVO / A	○	○
INDEPENDIENTE	●	○

13	MAS	MENOS
COMPETITIVO / A	●	○
CONSIDERADO / A	○	●
ALEGRE	○	○
SAGAZ	○	○

14	MAS	MENOS
METICULOSO / A	○	●
OBEDIENTE	○	○
IDEAS FIRMES	●	○
ALENTADOR / A	○	○

15	MAS	MENOS
POPULAR	●	○
REFLEXIVO / A	○	○
TENAZ	○	●
CALMADO / A	○	○

16	MAS	MENOS
ANALITICO / A	●	○
AUDAZ	●	○
LEAL	○	○
PROMOTOR /A	○	●

17	MAS	MENOS
SOCIABLE	●	○
PACIENTE	○	●
AUTO SUFICIENTE	○	○
CERTERO /A	○	○

18	MAS	MENOS
ADAPTABLE	○	○
RESUELTO / A	○	●
PREVENIDO / A	○	○
VIVAZ	●	○

19	MAS	MENOS
AGRESIVO / A	○	○
IMPETUOSO / A	○	●
AMISTOSO / A	●	○
DISCERNIENTE	○	○

20	MAS	MENOS
DE TRATO FACIL	○	○
COMPASIVO / A	○	●
CAUTO / A	○	○
HABLA DIRECTO	●	○

21	MAS	MENOS
EVALUADOR / A	○	○
GENEROSO / A	○	●
ANIMADO/A	○	○
PERSISTENTE	●	○

22	MAS	MENOS
IMPULSIVO / A	●	○
CUIDA LOS DETALLES	○	○
ENERGICO	○	○
TRANQUILO / A	○	●

23	MAS	MENOS
SOCIABLE	●	○
SISTEMATICO / A	○	●
VIGOROSO / A	○	○
TOLERANTE	○	○

24	MAS	MENOS
CAUTIVADOR /A	○	●
CONTENTO / A	○	○
EXIGENTE	●	○
APEGADO A LAS NORMAS	○	○

25	MAS	MENOS
LE AGRADA DISCUTIR	○	○
METODICO / A	●	○
COMEDIDO / A	○	●
DESENVUELTO / A	○	○

26	MAS	MENOS
JOVIAL	○	○
PRECISO / A	○	○
DIRECTO / A	●	○
ECUANIME	○	●

27	MAS	MENOS
INQUIETO / A	○	●
AMABLE	○	○
ELOCUENTE	●	○
CUIDADOSO / A	○	○

28	MAS	MENOS
PRUDENTE	●	○
PIONERO	○	○
ESPONTANEO / A	○	●
COLABORADOR	○	○

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUES
Registro Único de Proponentes, Servicios y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14301206908

(415)7707212489984(8020) 000001430120690 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 1 6 4 7 2 6	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 3 1 6 4 7 2 6	2 0 0 3 0 5 2 6

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALDERRAMA	CORREA	ANGELA	KATHERYNE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 20 A 173 A 03 IN 8 AP 332

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angelakatherynev@hotmail.com		5 2 6 6 0 7 3	3 2 0 4 9 3 8 0 9 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 9 0 6 0 9					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	5																	

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 0 7 1 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

MAPFRE COLOMBIA

POLIZA

RC PROFESIONAL MEDICOS INDIVIDUALES

INICIACION
ORIGINAL
Ref. de Pago: 30828264882

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 732	3442214000021	0	1	ANTIGUO COUNTRY	Cra. 15 No. 74 - 45 Oficina 502	BOGOTA D.C.

TOMADOR	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE			NIT / C.C.	53164726
DIRECCION	KR 50 N. 163B - 80 INT.3 AP. 204	CIUDAD	BOGOTA D.C.	TELEFONO	
ASEGURADO	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE			NIT / C.C.	53164726
DIRECCION	KR 50 N. 163B - 80 INT.3 AP. 204	CIUDAD	BOGOTA D.C.	TELEFONO	
ASEGURADO	N.D.			NIT / C.C.	N.D.
DIRECCION	N.D.	CIUDAD	N.D.	TELEFONO	
BENEFICIARIO	CUALQUIER TERCERO AFECTADO			NIT / C.C.	N.D.
DIRECCION	N.D.	CIUDAD	N.D.	TELEFONO	N.D.

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DIA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
3	12	2014	INICIACION	00:00	9	12	2014	365	INICIACION	00:00	9	12	2014	365
			TERMINACION	00:00	9	12	2015		TERMINACION	00:00	9	12	2015	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
HERROS LTDA	AGENCIA DEL.	4374	5409257	100,00

ACTIVIDAD	:	CONSULTORIO MEDICO
ESPECIALIDAD	:	MEDICO GENERAL / CLINICO
DIRECCION DEL RIESGO	:	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ
DEPARTAMENTO	:	DISTRITO CAPITAL
CIUDAD	:	BOGOTA D.C.

(415)7709999000628(8020)3442214000219(3900)240985(96)20150108

COBERTURAS		VALOR ASEGURADO		DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$ 500.000.000,00	$	500.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$ 0,00	$	100.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$ 0,00	$	500.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$ 0,00	$	500.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)

SE ANEXAN Condiciones Generales y Particulares:

Observaciones:

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

TOTAL PRIMA NETA PESOS COLOMBIANOS	GASTOS DE EXPEDICION PESOS COLOMBIANOS	SUBTOTAL EN PESOS COLOMBIANOS	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS PESOS COLOMBIANOS	TOTAL A PAGAR EN PESOS COLOMBIANOS
$ 197.746,00	$ 10.000,00	$ 207.746,00	$ 33.239,00	$ 240.985,00

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	OPERACION	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
370 732,00	3442214000021		30*ANTIGUO COUNTRY	Cra. 15 No. 74 - 45 Oficina 502	BOGOTA D.C.

ANEXOS

PROFESIONAL MEDICOS

ASEGURADO: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL SIN CIRUGIA

VIGENCIA: 09/12/2014 a 09/12/2015

AMPAROS

R.C. como consecuencia de cualquier acto medico derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

R.C. consecuencia de asistencia medica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/03. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCIÓN 0016 DE JUNIO 21 DE 2013
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR 53164726

NIT 891.700.037-9 Cra. 14 No. 96 - 34 PBX: 6503300 fax: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co A.A.: 28525 Bogotá, D.C., Colombia

SMMLV: SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

R.C como consecuencia de cualquier eacto medicoe derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

R.C. consecuencia de asistencia medica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado

LIMITE VALOR ASEGURADO:

$ 500.000.000 evento / agregado anual

R.C. daños morales sublimitado al 25% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

Gastos judiciales sublimitado 20% del limite asegurado evento / vigencia Este valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exceso de este.

PRIMA ANUAL SIN IVA:

$197.746

DEDUCIBLES:

co 10% MINIMO $1.000.000 No opera para Gastos Medicos Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

NO SE OTORGA

R.C. Extracontractual Bienes bajo cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado. Errores e inexactitudes diferentes al la prestación del servicio de salud. Renovación automática R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas Los procedimientos esteticos y de cirugía plástica salvo que se trate de una cirugía reconstructiva en caso de accidente.

NOTA: se aclara que el asegurado beneficiario labora o presta sus servicios profesionales en otras entidades además de la detallada en el sistema interno de emisión.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A

- FIN DE LA SECCION -

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2500 DE DICIEMBRE 3/93 AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCION 0006 DE JUNIO 21 DE 2013.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Riesgos Laborales

REPORTE GENERADO EL

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	800196433	**Código Empresa:**	eARL115595
Nombre:	HOSPITAL SIMON BOLIVAR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				
Dirección:	CALLE 165 NO 7-06				
Departamento:	BOGOTA D.C.	**Municipio:**	BOGOTA D.C.		
E-mail:	HOSPITASIMONBOLIVAR@ESESIMONBOLIVAR.GOV.CO				
Teléfono:	6767940	**Tarifa:**	2.436		
Acti. Económica:	3851101 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL				

DATOS USUARIO EMPRESA

Cédula Usuario	Nombre Usuario	Apellido Usuario
52434273	MARCELA	MEDINA SANCHEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	No. radicado	Afiliado El	Cobertura Desde	Documento	Nombre Trabajador	Tarifa	Tipo
1	1943	15/04/2015	15/04/2015	C 53108492	ARANZALES OCHOA SANDRA	2.436	I
2	1942	15/04/2015	15/04/2015	C 1110477919	SANTAMARIA URUENA FRANCISCO	2.436	I
3	1941	15/04/2015	15/04/2015	C 1023899634	MOSCOSO SANTAMARIA DIEGO	2.436	I
4	1940	15/04/2015	15/04/2015	C 1033692797	LEYTON CHAGUAL JHOANA	2.436	I
5	1939	15/04/2015	15/04/2015	C 53164726	VALDERRAMA CORREA ANGELA	2.436	I

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor dirijase a la oficina de POSITIVA más cercana y solicite una reclasificación o comuniquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 o en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

88C260111B6362D72C61018F03ABA757

Certificado impreso el día 4/14/2015 5:41:36 PM por el portal de cargue masivos

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: [illegible] No. 5550

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO CERTIFICA:

12

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : 105A JURIDICA - CONTRATACION

CODIGO RUBRO..... : 1141114321030000000001050O1
CODIGO PRESUPUESTAL..... 3210305
NOMBRE RUBRO..... : CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB.

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 45.780.[illegible].00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 4.434.[illegible].00
SALDO DE APROPIACION : 4.409.43[illegible].00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: VICTORIA FERNANDA MENESES ROMER.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
CONTARATACION DE PERSONAL ASISTENCIAL

POR UN VALOR INICIAL DE : 23.041.[illegible]7.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 23.041.[illegible]7.00
VEINTITRES MILLONES CUARENTA Y UN MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 45.704.[illegible].00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS O ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 4.411.[illegible].00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE [illegible] DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

[illegible]
LIGORIO GUILLIAN PARDO DE ERA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar
III Nivel E.S.E.

Bogota D.C., 2015

Señores
UNIVERSIDAD DE BOYACA
Oficina de Registro Académico
Dirección
Ciudad

Referencia: Verificación de título profesional, técnico, auxiliar o especialista

Respetuoso saludo.

Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título como **MEDICO CIRUJANO** (profesional, técnico, auxiliar o especialista), según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico Nº 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, con las siguientes características:

Nombre del profesional, técnico, auxiliar o especialista	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
Título otorgado	**MEDICO CIRUJANO**
Fecha del diploma (o del acta de grado o ambos)	26-06-2009
Documento de Identidad del profesional o técnico	53164726
Observaciones	NA.

Por favor, sírvase dirigir su respuesta a: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E,**
Marcela Medina Sánchez, email: contratación.hosp.simonbolivar@gmail.com. 6767940 ext. 228

Atentamente,

VIVIANA FERNANDA MENESES ROMERO
GERENTE

FUNCIONARIO / CONTRATISTA	NOMBRE	ÁREA	FIRMA
PROYECTADO POR:	MARCELA MEDINA SANCHEZ	Contratación	
REVISADO POR:	DRA. SONIA ESMERALDA SANCHEZ R.	Sub Gerencia Administrativa	
APROBADO POR:	DRA. VIVIANA FERNANDA MENESES R.	Gerencia	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma de la Gerente			

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AsP – 2265 - 2015
CONTRATISTA: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE CC. 53164726
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2015, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO
VALOR: TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/TE. ($3.360.000)

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **53164726** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA;** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AsP – 2265 – 2015** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con cargo a la disponibilidad presupuestal **No.** , el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que a continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO**: **El objeto del presente contrato es la prestación de servicios como MEDICO GENERAL SUPERVISOR DE URGENCIAS. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS:** 1) Actividades asistenciales. 2) Valoración médica. 3) Estabilización pacientes críticos. 4) Realización de formulación médica e historia clínica. 5) Realización de maniobras de reanimación básica y avanzada. 6) Clasificación de triage. 7) Consulta de urgencias. 8) Velar por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutividad de la atención de urgencias. 9) Tener la disposición para atención en el servicio de urgencias y en APH. 10) revisión historias clínicas urgencias de APH y reposición de insumos de las ambulancias. 11) Verificación oportunidad y respuesta de interconsultas. 12) Activación de alertas y cadenas de llamadas. 13) Verificación puntualidad de los médicos de urgencias en los turnos. 14) Verificación y gestión de ayudas diagnósticas. 15) Verificación y gestión de referencias de ingreso y egreso. 16) Registro de mortalidad y notificación de actos objetos de investigación judicial. 17) Verificación y notificación eventos adversos. 18) Verificación y gestión de definición de conductas y traslados de pacientes a hospitalización. 19) Informe de actividades o novedades. 20) Registros, ingresos, demanda insatisfecha, mortalidad, noticias criminales, eventos adversos, cumplimiento de personal. 21) Informe de novedades de turno. 22) Reporte de ocupación del servicio a SDS y registro en planilla asignada. 23) Acompañamiento a entidades de control cuando se requiera. **CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propios del objeto contractual en ejecución. **b)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento bienes, muebles e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto. **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten. **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado. **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes. **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL. **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad. **h)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato. **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad,

cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio. **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros. **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación. **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere. **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento. **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten. **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades. **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **CLAUSULA CUARTA.- VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/TE. ($3.360.000)** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 30 de abril de 2015 con una duración de **180** horas mensuales, contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por el hospital, quien delega dicha facultad en **COORDINADOR SERVICIO DE URGENCIAS** quien se encargará de: **1)** Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2)** Informar al jefe oficina de contratación cualquier modificación a las condiciones o clausulas contenidas en este contrato. **3)** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **4)** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **5)** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2°, inciso 2°, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.-GARANTIAS:** El CONTRATISTA garantizará al HOSPITAL, que constituirá o que cuenta con póliza especial de responsabilidad civil medica profesional, cuyo amparo para médicos general no puede ser

menor a cien (100) SMLMV y para médicos especializados no menor a doscientos (200) SMLMV, de tal manera que por su actuar en desarrollo de este contrato mantenga indemne a la entidad frente a posibles reclamaciones que se formulen argumentando falla del servicio; siendo beneficiarios los terceros afectados **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA SEXTA- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad. **2)** Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal. **3)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA. **4)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. **5)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales). **6)** Acta de inicio de contrato. **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 15 días del mes de abril de 2015.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Mary Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA.

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
C.C 53164726

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Abril 20 de 2015 CRP. No. 3104

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: BOIA CONSULTA URGENCIAS

CODIGO RUBRO.....: 1141114321030000000000105001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210305
NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB.

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 530

LA SUMA INICIAL DE : 3.360.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 3.360.000.00
TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MEDICO GENERAL DE URGENCIAS OPS 2265.15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 2265.15
A NOMBRE DE: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE
C.C. o NIT : 53164726
OBJETO : VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE 2265.15

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 20 DIAS DEL MES DE Abril DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

Hospital Simón Bolívar	ACTA DE INICIO CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E	Código: GTH-FO-295-006	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 2265

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

OBJETO: MEDICO GENERAL SUPERVISOR DE URGENCIAS

FECHA DE INICIO: 15 DE ABRIL DE 2015

PLAZO DE EJECUCION: 30 DE ABRIL DE 2015

VALOR CONTRATO: TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/TE. ($3.360.000)

En Bogotá, a los 15 días del mes de abril, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No.2265, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 30 de Abril de 2015.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

PRORROGA No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 1548 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No 53164726, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No 1548- 2014, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1548– 2014, cuyo objeto es Prestación de servicios como MEDICO GENERAL URGENCIAS del hospital. 2-) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 31 de Octubre de 2014. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de Septiembre de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
Contratista.

Elaboró: Verónica Espitia P.
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

ADICION No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 1548 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No 53164726 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No 1548– 2014, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1548- 2014 cuyo objeto es prestación de servicios como MEDICO GENERAL URGENCIAS del hospital. **2-)** De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS m/cte **($1980000). SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No _____de 2014 expedida por la Sugerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de Octubre de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
Contratista.

Elaboro: Verónica Espitia P.
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Octubre 29 de 2014 CRP. No. 9493

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2014 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: B01A CONSULTA URGENCIAS

CODIGO RUBRO.....: **11411143210300000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1589

LA SUMA INICIAL DE : 1,980,000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1,980,000.00
UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MEDICO GENERAL OPS.1548/14
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS/1548/14
A NOMBRE DE: **VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHE**
C.C. o NIT : **53164726**
OBJETO : VALDERRAMA CORREA ANGELA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 29 DIAS DEL MES DE Octubre DE 2014.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

PRORROGA No. 2 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1548 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No **53164726**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios N° 1548- 2014, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1548– 2014, cuyo objeto es Prestación de servicios como MEDICO GENERAL URGENCIAS del hospital. 2-) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 31 de Diciembre de 2014. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de Octubre de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
Contratista. 53164726 Bq

Elaboró: Verónica Espitia P.
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

ADICION No. 2 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1548 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución N° 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta N° 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No **53164726** hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios N° 1548– 2014, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1548- 2014 cuyo objeto es prestación de servicios como MEDICO GENERAL URGENCIAS del hospital. **2-)** De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL PESOS m/cte **($3960000),** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad**. SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No _____de 2014 expedida por la Sugerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de Noviembre de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
Contratista. 53164726 Bta

Elaboro: Verónica Espitia P.
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

	ACTA DE INICIO CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E	Código: GTH-FO-295-006	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1548

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL URGENCIAS

FECHA DE INICIO: 1 DE SEPTIEMBRE DE 2014

PLAZO DE EJECUCION: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2014

VALOR CONTRATO: $1.980.000

En Bogotá, al primer (1) día del mes de Septiembre de 2014, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No. 1548, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contratc la ejecución deberá concluirse el 30 de Septiembre de 2014.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONTRATO Nº: 1518 – ASP – 2014.
CONTRATISTA: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA CC. 53.164.726
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2014 CONTADOS A PARTIR DEL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2014
VALOR: ($1.980.000) Un Millón Novecientos Ochenta Mil Pesos – M/cte
SUPERVISOR: Líder de Urgencias

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **51.629.978** de Bogotá, nombrada mediante Resolucion No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025, en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800.196.433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E**, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA,** mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 53.164.726, quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA**, quien declara **BAJO JURAMENTO,** no encontrarse dentro de los causales de INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD consagradas en la Constitución y la Ley, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con certificado de disponibilidad presupuestal **No. _____de 2014,** la cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que continuación se establecen, previa las siguientes CONSIDERACIONES: **1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con EL CONTRATISTA, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO MÉDICO GENERAL URGENCIAS. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS**: **1)** Valoración médica **2)** Reconocer los limites de su competencia y responsabilidad, recabando la interconsulta con otros niveles asistenciales o especialidades cuando la situación clinica así lo requiera. **3)** Asistencia inicial al paciente politraumatizado. 4) Clasificación triage. 4) Consulta Urgencias. **4)** Estabilización de pacientes criticos. 5) Realización de maniobras de reanimación basica y avanzada. 5) velar por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva de la atencion de urgencias. 6) Tener la disposición para atención en el servicio de urgencias y APH. 7) Realización de formulación medica e historias clinicas. 8) Diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio. 9) Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado, **10)** Sensibilización en derechos y deberes a los Pacientes. **11)** Cumplir con los procesos, procedimientos guías instructivos formatos protocolos

que se requieran para el cumplimiento de las actividades. **12)** Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. **13)** Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. **14)** Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso. **15)** Cumplir con las disposición respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades **16)** Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los proceso del sistema de gestión de calidad institucional. **PARAGRAFO**: Forma parte integral del contrato la requisición de personal orden de suministros del servicio solicitado por parte del supervisor del contrato. **CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES: a)** Del Contratista: **1)** Cumplir las actividades o eventos propias del objeto contractual en ejecución; **2)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento los equipos de su especialidad o bienes e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto; **3)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten; **4)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes se requieran en cumplimiento del objeto contratado; **5)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes; **6)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL; **7)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad, **8)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio; **9)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato; **10)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio; **11)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros; **12)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación; **13)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere; **14)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento; **15)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten, **16)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **b)** Del Hospital: **1)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor de actividades; **2)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **3)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **4)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **5)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos laborales ARL. **CLAUSULA CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **Un Millón Novecientos Ochenta Mil Pesos ($1.980.000) M/te** pagaderos de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social y riesgos Laborales, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- TERMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 30 de Septiembre de 2014 contado a partir de la fecha de su legalización o hasta culminar las horas establecidas en la siguiente clausula, en este orden de ideas el supervisor del contratista informará de forma periódica el cumplimiento de las actividades pactadas con el contratista, para el respectivo pago; una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá

por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLAUSULA SEXTA.- TÉRMINO DE DURACIÓN DEL CONTRATO:** El contrato tendrá como duración el término de ejecución 90 horas mensuales, contadas a partir de la fecha de legalización. **CLÁUSULA SEPTIMA.- LIQUIDACION:** Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA OCTAVA.- SUPERVISIÓN.** Será ejercida por la Líder del Servicio de Urgencias quien se encargará de: **1).**Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2).** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **3).** Elaborar con forme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **4).** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA NOVENA.- CADUCIDAD: EL** HOSPITAL podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA DECIMA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL:** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA:** En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- MULTAS**: La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- CESIÓN:** El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.-GARANTIAS:** El CONTRATISTA garantizará al HOSPITAL, que constituirá o que cuenta con póliza especial de responsabilidad civil medica profesional, cuyo amparo para médicos general no puede ser menor a cien (100) SMLMV y para médicos especializados no menor a doscientos (200) SMLMV, de tal manera que por su actuar en desarrollo de este contrato mantenga indemne a la entidad frente a posibles reclamaciones que se formulen argumentando falla del servicio; siendo beneficiarios los terceros afectados. **CLAUSULA DECIMA SEXTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA:** Por tratarse de un contrato de prestación de servicios regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende

prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA: DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1).** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad **2).** Certificado de disponibilidad presupuestal **3).** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA **4).** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales **5).** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales) **6).** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA NOVENA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DECIMA NOVENA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION:** El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal. Para constancia se firma a los

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

LA CONTRATISTA

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA.
C.C. 53.164.726 de Bogotá

Elaboró: Marcela del Pilar Novoa Vargas
Revisó: José Henry Orozco Martínez

Hospital Simón Bolívar	**REQUISICIÓN DE PERSONAL ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIO**	Código: GTH-FO-295-002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 2	

1. ÁREA URGENCIAS 2. CENTRO DE COSTO BO1A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD _ POR PRESTACION DE SERVICIOS SE REQUIERE MEDICO GENERAL DE 4 HORAS PARA LA ATENCION, VALORACION DE PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA CUBRIMIENTO DEL SERVICIO

4. COMPETENCIAS

4.1 Educación: (Estudios que se requieren)

MEDICO GENERAL 4 HORAS Medico para 6 Dia Noche con 3 Medico

4.2 Objeto de la Orden:

MEDICO GENERAL URGENCIAS

4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades)

1 AÑO URGENCIAS

4.4 Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia)

NO APLICA

4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos)

ACLS – BLS – PALS - PHTLS

4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar)

ACLS – BLS – PALS – PHTLS

4.7 Habilidades: (Señale las capacidades, aptitudes y actitudes requeridas para el desarrollo de actividades)

RESPONSABILIDAD – PUNTUALIDAD - ORDEN –LIDERAZGO – CAPACIDAD DE TOMA RAPIDA DE DECISIONES
CAPACIDAD PARA ESTABLECER, MEDIANTE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL, UN CLIMA DE RESPETO, COMPROMISO, CONFIANZA Y EMPATÍA PARA CONSTRUIR UNA ALIANZA PROACTIVA ENTRE EL PACIENTE Y EL MEDICO.
CAPACIDAD PARA ABORDAR PROBLEMAS PROFESIONALES CONCERNIENTES AL DOMINIO DE LA MEDICINA GENERAL, CON EL FIN DE PROPONER SOLUCIONES PLAUSIBLES A LOS PROBLEMAS PROFESIONALES Y EVALUAR LOS RESULTADOS DE SU PRÁCTICA PARA MEJORAR, CONTINUAMENTE, LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA
CAPACIDAD PARA UTILIZAR LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL, SEGÚN NECESIDADES DEL SERVICIO SE REALIZARAN ACTIVIDDES EN AMBULANCIA

162

5-6 4 162

5. ACTIVIDADES	.1 Actividades: (Relacione en detalle las actividades a desarrollar) VALORACION MEDICA RECONOCER LOS LÍMITES DE SU COMPETENCIA Y RESPONSABILIDAD, RECABANDO LA INTERCONSULTA CON OTROS NIVELES ASISTENCIALES O ESPECIALIDADES CUANDO LA SITUACIÓN CLÍNICA ASÍ LO REQUIERA. ASISTENCIA INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO CLASIFICACION TRIAGE CONSULTA URGENCIAS ESTABILIZACION DE PACIENTES CRITICOS REALIZACION DE MANIOBRAS DE REANIMACION BASICA Y AVANZADA VELAR POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINMUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZCION Y RESOLUTIVAD DE LA ATENCION DE URGENCIAS
	TENER LA DISPOSICION PARA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y APH REALIZACION DE FORMULACION MEDICA E HISTORIAS CLINICAS
	5.2 Procesos, Procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieren para el cumplimiento de actividades LAS GUIAS Y PROCEDIMIENTOS MEDICAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERIVIO DE URGENCIAS
	5.3 Actividades que tiene que supervisar: (Especificar si debe ser supervisor de actividades desarrolladas por personal del hospital o por actividades contratadas por terceros para realizar una actividad o un suministro) NO APLICA

	5.4 Responsabilidad: EL ACTO MEDICO, LA RELACION MEDICO – PACIENTE Y LA UTILIZACION DE CONOCIMIENTOS DE UNA MANERA PRACTIV A Y OPORTUNA.

6. FIRMAS

Firma/ Nombre / Cargo Solicitante	Firma/ Nombre / Cargo Vo Bo. - Subgerencia	Firma/ Nombre Subgerencia Administrativa
NOMBRE Ayda Camargo B CARGO Coord. Vigilancia FIRMA	NOMBRE Luis Gerardo Cano CARGO Subgerente Cientifico FIRMA	NOMBRE FIRMA

7. VALOR 27.000 =

8. V.B. GERENCIA

9. RADICACIÓN DE LA SOLICITUD AL ÁREA DE CONTRATACIÓN

9.1 Nombres y Apellidos de quien entrega _____

9.2 FIRMA _____

9.3 Fecha de Recibido _____

9.4 Nombres y Apellidos de quien recibe _____

9.5 FIRMA _____

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Medica Egresada de la Universidad de Boyacá, con capacidad para atender problemáticas de salud en todos los ámbitos de atención médica. Experiencia en el manejo de problemas de salud en áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, integrándose con el equipo de trabajadores de la salud.

Soy una profesional con grandes valores morales y éticos, sensibilidad social y capacidad de adaptación al medio rural y urbano. Tengo vocación de servicio frente a la sociedad y pretendo que mi ejercicio profesional pueda ayudar a mitigar las problemáticas de la región donde ofrezca mis servicios

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE	Angela Katheryne Valderrama Correa
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53.164.726 de Bogotá
FECHA DE NACIMIENTO	25 abril 1985
LUGAR DE NACIMIENTO	Cali - Valle
ESTADO CIVIL	Soltera
DIRECCIÓN	Kra 50 no. 163b - 80 int 1 apto 304
TELÉFONO	6744188- 3204938094
E-MAIL	katheryn116@yahoo.com

INFORMACION ACADEMICA

- **UNIVERSITARIOS** :

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
Especialización En Salud Ocupacional
2013

UNIVERSIDAD DE BOYACA
Medico Cirujano
2009

- **ESTUDIOS SECUNDARIOS:**

COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACION
Bachiller Académico
Duitama - Boyacá
2002

- **ESTUDIOS PRIMARIOS:**

COLEGIO CIUDADELA EDUCATIVA LA PRESENTACION
Cali - Valle
1992

- **CURSOS:**

DIPLOMADO EN CALIFICACION LABORAL. Fundación Universitaria San José. En curso.

MANEJO INTEGRAL EN CUIDADO INTENSIVO. Salamandra Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias. Marzo 17 del 2013. Vigencia 2 años. Intensidad 30 horas.

RECERTIFICACION BLS- ACLS. SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. junio 2012 Bogotá – Colombia. Intensidad 48 horas.

PRIMER SUMMIT ATENCION PRIMARIA EN COLOMBIA. Congreso Medico Latinoamericano de Atención y cuidado Primario. P.L.A. 9, 10 y 11 de junio. Intensidad 27 horas.

TALLER PRACTICO SOBRE INFILTRACIONES. Organización de capacitación P.L.A. Export. 11 deJunio 2012 Bogotá.

SIMPOSIO MANEJO DEL QUINTO ESLABON EN REANIMACION CUIDADOS INTEGRADOS POSPARO. Comité Nacional de Resucitación. 10 y 11 de febrero del 2012.

CURSO DE ELECTROCARDIOGRAFIA. Grupo de Reanimación S.A.S. centro de entrenamiento en Emergencia y Urgencias. 3 de Diciembre 2011. Intensidad 20 horas.

JORNADA PRIMER RESPONDIENTE EN SALUD MENTAL. Hospital Simón Bolívar. 30 de agosto 2011. Intensidad 8 horas.

REANIMACION NEONATAL. La Fundación Universitaria Sanitas. 27 agosto 2011. Intensidad 8 horas.

INITIAVE TO DECREASE CARDIOVASCULAR RISK AND INCREASE QUALITY OF CARE FOR PATIENTS LIVING WITH HIV/ AIDS. The Amerivan Heart Association. 8 agosto 2011.

12 CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO DE ATENCION Y CUIDADO PRIMARIO IPMA 2011. Organización P.L.A. Export Editores S.A. julio 2,3, y 4 de 2011 Bogotá. Intensidad 20 horas.

TALLER RESISTENCIA A LA INSULINIZACION UN PROBLEMA MEDICO. IPMA 2011 Congreso Medico Latinoamericano de Atención y Cuidado Primario. 3 de julio 2011.

ACTUALIZACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Universidad de La Sabana. 2 de julio 2011. Intensidad 8 horas.

PROVEEDOR DE PALS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. julio 2011 Bogota – Colombia. Intensidad 48 horas.

CURSO PHTLS Militar. The National Association of Emergency Medical Technicians a través de la Fundación Salamandra. 14 y 15 de mayo 2011.intensidad 20 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, Low intermediate level. California. January 2011. Intensidad 217 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, high beginning level. California. Octuber 2010. Intensidad 39 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, beginning conversation. California. octuber 2010. Intensidad 45 horas.

PROVEEDOR ACLS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de capacitación P.L.A. Export

Editores S.A. 3 y 4 de julio 2010 Bogotá – Colombia. Intensidad 30 horas.

PROVEEDOR BLS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. 2 de julio 2010 Bogotá – Colombia. Intensidad 20 horas.

11 CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO DE ATENCIÒN Y CUIDADO PRIMARIO IPMA 2010. Organización P.L.A. Export Editores S.A. julio 3,4, y 5 de 2010 Bogotá. Intensidad 27 horas.

TALLER PRACTICO SOBRE INFILTRACIONES. Organización de capacitación P.L.A. Export. Julio 2010 Bogotá. Intensidad 4 horas.

FUNDAMENTOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Montería 25 de junio del 2008. Intensidad 40 horas.

ENGLISH DISCOVERIES- BASICO I. El servicio Nacional de Aprendizaje SENA. San Andrés 5 de junio del 2008

PLANIFICACION FAMILIAR. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Cartagena 29 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

CONTROL DE LA INFECCION DEL MEDIO HOSPITALARIO (DESINFECCION) El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Cartagena 27 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

ORIENTACION EN LA PLANIFICACION FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA Cartagena 27 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

II JORNADA ACADEMICA INTERDICIPLINARIA DIABETES MELLITUS. Universidad de Boyacá, Tunja 08 de abril del 2008.

PRIMER CONGRESO DE EXALUMNOS MEDICINA. Universidad de Boyacá, Tunja 01 de noviembre del 2007. Intensidad 8 horas.

SIMPOSIO DE TRAUMA INTERVENCION EN LAS FRONTERAS DE LA VIDA PRIVILEGIANDO SU CAPACIDAD DE RESPUESTA. Centro

Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias. Bogotá 9 de noviembre del 2007. Intensidad 8 horas.

SEMINARIO DE ACTUALIZACION GUIAS OFICIALES ACORL PARA MANEJO DE PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN OTORRINOLARINGOLOGIA. Asociación Colombiana de otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. Paipa 20 de octubre del 2007

TALLER MEDICINA FORENSE LESIONES PERSONALES. PRIMER ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRACTICA DE LOS PROFESIONALES EN SALUD. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Tunja 7 y 8 de septiembre del 2007.

TALLER DE CERTIFICACION DE MUERTE. PRIMER ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRACTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Tunja 7 y 8 de septiembre del 2007.

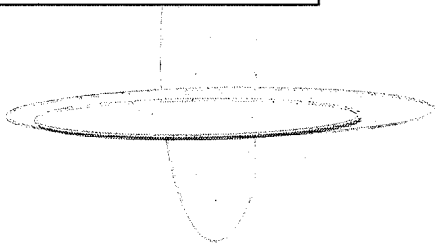
ISQUEMIA – LESION Y NECROSIS MIOCARDICA ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA Y ARRITMIAS CARDIACAS. Universidad del Bosque. Bogotá 13 de mayo del 2006. Intensidad 8 horas.

PRIMERA JORNADA CIENTIFICA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD. Universidad de Boyacá. Tunja 28 y 29 de septiembre 2005.

I SEMINARIO DE BIOTECNOLOGIA E INMUNOLOGIA. Universidad de Boyacá. Tunja 1 de septiembre del 2005.

MANEJO PRE Y HOSPITALARIO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES. Fundación Universitaria de Boyacá. Tunja 18 y 19 de noviembre 2003.

EXPERIENCIA LABORAL



CODESS
Medico Laboral calificador
11 de marzo del 2014-
286 05 55

COLMEDICOS
Médico especialista en Salud Ocupacional
15 junio 2013 – 8 de marzo del 2014
7470280

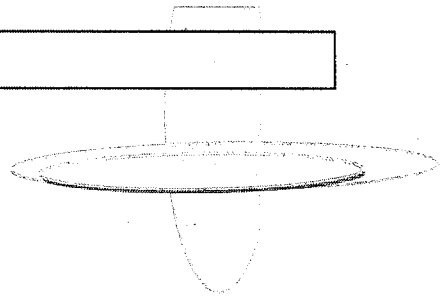
CLINICA UNIVERSITARIA DE LA SABANA
Médico de Urgencias
24 enero del 2014 – 30 mayo 2014
8617777

HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL
Medico Urgencias y Atención Pre hospitalaria
16 febrero 2011- 31 de marzo del 2014
6767940

HOSPITAL SUBA II NIVEL
Medico en Atención Pre hospitalaria.
1 junio 2011- 31 de enero del 2013

E.S.E. SALUD NOBSA
Medico en SSO.
7 julio 2009 al 6 de julio de 2010
CALLE 4 NO. 9 – 51
Nobsa - Boyacá
(8) 7773017

REFERENCIA FAMILIAR



- Betty Correa
- Enfermera Jefe
- Hospital Sogamoso
- Cel 3005662852

REFERENCIA PERSONAL

- Jorge Ecury
- Coordinación de urgencias
- Clínica Fundadores
- Tel: 320 4678473

- Gustavo López Corredor
- Medico Anestesiólogo
- Clínica San Javier. Sogamoso.
- Cel 3004831426 - 3133916688

- Pedro Pablo Becerra
- medico Urgencias
- Clínica Corpas
- Cel 314491544

Ángela Katheryne Valderrama Correa

53.164.726 Bogotá
RM. 1299-10
Resolución 7152 del 2013

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Valderrama	Correa	Angela Katheryne

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53164720 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 23 MES 09 AÑO 1985

PAÍS: Colombia

DEPTO: Valle

MUNICIPIO: Cali

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kra 50 N° 163b -80 int 3 ap 204

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

TELÉFONO: 6749188-3209380099 EMAIL: katheryn1162@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2002

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		Medico cirujano	07	2009	1299-10
ES	2	X		Especialista Salud Ocupacional	04	2013	7152-13

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ingles		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Codess		X	Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	gerenhumanam@codess.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2960555	DÍA 11 MES 03 AÑO 2013	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
medico laboral	medicina laboral	Kra7N°32-33

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica Universitaria de la Sabana		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Chia	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8617777	DÍA 29 MES 01 AÑO 2013	DÍA 30 MES 05 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
medico urgencias	urgencias	Km7 vía Chia

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Simon Bolivar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6767940	DÍA 16 MES 02 AÑO 2011	DÍA 31 MES 03 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
medico urgencias	urgencias	Kra7N° 165-10

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	3	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 12/08/19

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 60029037

WEB
20:21:54

Bogotá DC, 12 de agosto del 2014

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 53164726:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

DERECHOS Y DEBERES Individuo y Sociedad

Personería de Bogotá, D.C.

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

No. 527628

Pag. 1 de 1

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No: 53.164.726 (CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VENTISEIS) de BOGOTA D.C

No registra anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores. Según revisión que a la fecha se efectuó al banco de datos que contiene las anotaciones o sanciones disciplinarias e inhabilidades que reportan las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones disciplinarias.

Expedida en Bogotá, D.C., hoy, Doce (12) de agosto del año Dos Mil Catorce - 2014, de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004 de la Personería de Bogotá, D.C.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

El certificado de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Ley 734 de 2002 , art. 174).

"No aplica cuando se trate de nombramientos en cargos que necesiten para su desempeño ausencia de antecedentes disciplinarios".
ADVERTENCIA: Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (art. 38 Num 2 Ley 734 de 2002).

CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO

OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de agosto de 2014, a las 20:18:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	53.164.726
Código de Verificación	2549878542014

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

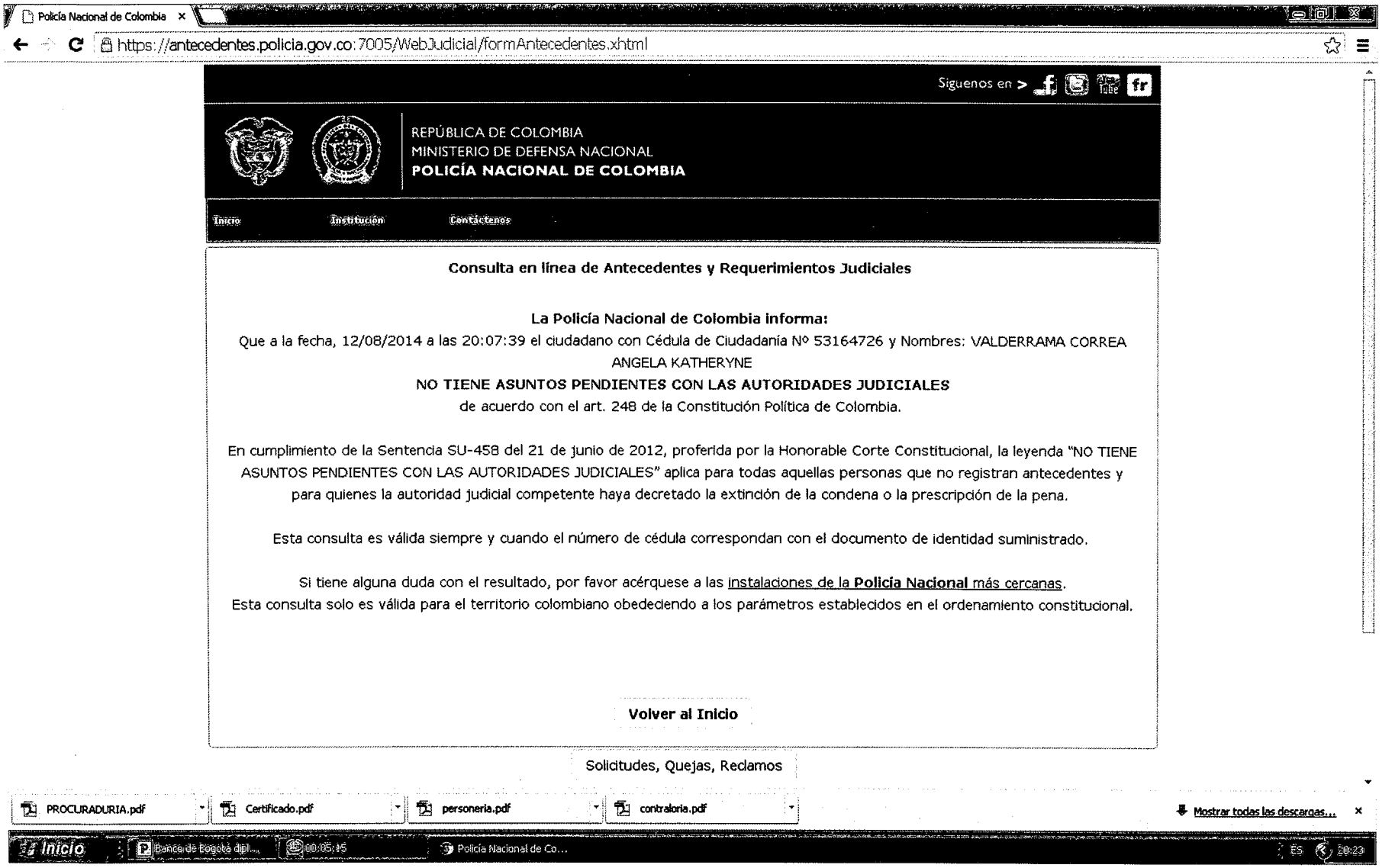
De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

JAVIER ALONSO LASTRA FUSCALDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.


Policía Nacional de Colombia
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
Síguenos en >
REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Inicio
Institución
Contáctenos
Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 12/08/2014 a las 20:07:39 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 53164726 y Nombres: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.
Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.
Volver al Inicio
Solicitudes, Quejas, Reclamos
PROCURADURIA.pdf
Certificado.pdf
personeria.pdf
contraloria.pdf
Mostrar todas las descargas...
Inicio
Banco de Bogotá digi...
00:05:15
Policía Nacional de Co...
ES
20:23

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Nacionalizado La Presentación

Duitama, Boyacá

Autorizado hasta Nueva Visita por la Secretaría de Educación de Boyacá,
según Resolución No. 001131 del 6 de diciembre de 2001,

Confiere a:

Angela Katheryne Valderrama Correa

Identificada con T.I. No. 850425-44618 de Cali

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Hna. Fanny Yolanda Barrantes Muñoz
Rectora

María Eugenia Agudelo Colmenares
Secretaria

Anotado al Folio No. Libro de Registro No.

Dado en Duitama, Boyacá, a 30 de noviembre de 2002

No requiere registro, según Decreto No.921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Promedio

INSTITUCION COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACIÓN

DIRECCION CARRERA 15 No. 16 – 46 311832

TELEFONO 7604090 Inscripción S.E. 315238000085

JORNADA ORDINARIA Inscripción DANE

ACTA DE GRADO

En la ciudad de DUITAMA a los 7 días del mes de Diciembre

del año 2002 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos

Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACION

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el Nivel de Educación Media ACADEMICO y autorizada

por MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO

según Resolución N° 1131 del 6 de Octubre del 2001

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios

correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE T.I. 850425-44618 CALI

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 21 de fecha DICIEMBRE 06 DE 2001

que consta de 87 alumnos que comienza con el nombre de ACOSTA RAMIREZ ANDREA CAROLINA

y se cierra con el nombre de ZAMBRANO BARRERA ANA MARÍA

firmado y sellado por HNA. FANNY YOLANDA BARRANTES MUÑOZ (Rector) y

MARIA EUGENIA AGUDELO COLMENARES (Secretario).

Dada en DUITAMA a los 28 días del mes de ENERO del 2013

El Rector o Director

El Secretario

C.C. N° 23.739.554

Firmado y Sellado

C.C. N°

Firmado y Sellado

FISE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 DE 16 DE SEPTIEMBRE DE 2004

En nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. No. 53.164.726 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C. - Cundinamarca

CURSÓ TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y POR LAS NORMAS LEGALES LE CONFIERE EL TÍTULO UNIVERSITARIO DE:

MÉDICA CIRUJANA

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
Reconócese este Título para todos los efectos legales: 1293
Resolución No.
Ciudad 17 AGO 2010
FIRMA: Secretaria

EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

DADO EN TUNJA A LOS 26 DEL MES DE JUNIO DE 2009

PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

RECTOR

UNIBOYACA
LIBRO DE REGISTRO No. 13
FOLIO No. 3733
REGISTRO No. 7426
DIPLOMA No. 8151

SECRETARIO GENERAL

DECANO FACULTAD

10934

Universidad de Boyacá

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 del 16 de Septiembre de 2004
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 8151

En la ciudad de TUNJA el día 26 del mes de JUNIO de 2009 se llevó a cabo el acto de graduación presidido por EL SEÑOR PRESIDENTE Y LA SEÑORA RECTORA en el cual la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según ACUERDO No. 014 del día 09 del mes de NOVIEMBRE DE 1993 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

MÉDICA CIRUJANA

a: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

identificado (a) con C.C. No. 53.164.726 de BOGOTÁ D.C quien cumplió con los requisitos académicos con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y con las normas legales y le otorgó el Diploma No. 8151 que lo acredita como PROFESIONAL para lo cual presentó el trabajo de grado titulado:

---

calificado como _____ en fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad de TUNJA a los 26 días del mes de JUNIO de 2009 por quienes en esta graduación intervinieron.

Libro de Registro No. 13

Folio No. 3733

Registro No. 7426

(El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Presidente Consejo Directivo, Rector, Secretario General y Decano de la Facultad).

Es fiel copia tomada del original.

SECRETARIO GENERAL

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: SS-P12-F01
RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN		FECHA: 01/07/2009

RESOLUCIÓN NUMERO 1299 DE

17 AGO 2010

Por la cual se registra un Titulo y se confiere una autorizaciòn.

El Secretario de Salud de Boyacà en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, y,

CONSIDERANDO:

Que ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA , identificada con Cédula de Ciudadanìa Número 53.164.726 expedida en Bogotà, ha solicitado el registro de su titulo como MEDICA CIRUJANA què le otorgó LA UNIVERSIDAD DE BOYACA de la ciudad de Tunja el dìa 26 de Junio de 2009 .

Que dicho título se encuentra registrado en LA UNIVERSIDAD DE BOYACA , Libro de Registro N°13 , Folio N°3733 , Registro No 7426 , Diploma N°8151 .

Que el aludido profesional cumplió con el Servicio Social Obligatorio en LA E.S.E. "SALUD NOBSA" DE NOBSA , en el período comprendido entre el 7 de Julio de 2009 y el 6 de Julio de 2010, .

02 FEB 2011

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Titulo y autorizar el ejercicio de la profesiòn de MEDICA CIRUJANA a ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA con Cédula de Ciudadanía Número 53.164.726 expedida en Bogotà en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resoluciòn rige a partir de la fecha de expediciòn.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los,

LUIS CARLOS OLARTE CONTRERAS
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.
Elaboro: Rosa Maria Mesa

Bogotá,

Señores
UNIVERSIDAD DE BOYACA
Oficina de Registro Académico
Cra 2 E N° 54-64
Tel: 7450000
Email: comunicaciones@uniboyaca.edu.co @uniboyaca.edu.co
TUNJA

Referencia: Verificación de título profesional, técnico, auxiliar o especialista

Respetuoso saludo.

Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título como MEDICO CIRUJANO_(profesional, técnico, auxiliar o especialista), según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico Nº 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, con las siguientes características:

Nombre del profesional, técnico, auxiliar o especialista	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
Título otorgado	MEDICO GENRAL
Fecha del diploma (o del acta de grado o ambos)	09/11/1993
Documento de Identidad del profesional o técnico	53164726
Observaciones	ACTA DE GRADO 8151

Por favor sírvase dirigir su respuesta a: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E,**
Marcela Medina Sánchez, email: contratación.hosp.simonbolivar@gmail.com. 6767940 ext. 228

Atentamente

VIVIANA FERNANDA MENESES ROMERO
GERENTE

FUNCIONARIO / CONTRATISTA	NOMBRE	ÁREA	FIRMA
TRANSCRITO POR:	Mabel R Socha	Contratación	
REVISADO POR:	DRA. SONIA ESMERALDA SANCHEZ R.	Sub Gerencia Administrativa	
APROBADO POR:	DRA. VIVIANA FERNANDA MENESES R.	Gerencia	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma de la Gerente			

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. 53.164.726 de Bogotá, D.C.

EL TÍTULO DE

Especialista en Salud Ocupacional

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 26 DÍAS DEL MES ABRIL DE 2013

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR DE PROGRAMA

o de Registro No. 9
i de Grado No. 260
o No. 154
istro Profesional No. 020913

01839

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 260 LIBRO No. 9 FOLIO No. 154

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. No. *53.164.726 de Bogotá, D.C.*

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

Especialista en Salud Ocupacional

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 26 DIAS DEL MES ABRIL DE 2013

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

~~DIRECTOR DE PROGRAMA~~

SECRETARIO GENERAL

No. 01839

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

RESOLUCION No. 7152 de 18/06/2013

Por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

LA DIRECTORA DE *DESARROLLO* DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere la Resolución 1429 del 19 de Marzo de 1997 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA Identificado(a) con C.C. 53.164.726 de BOGOTA D.C., ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En merito de lo expuesto, la Directora de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA Identificado(a) con C.C. 53.164.726 de BOGOTA D.C., como MEDICA CIRUJANA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

1. MEDICO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
2. EDUCACION Y CAPACITACION.

PROFESIONAL DE LA SALUD

Profesional de la salud

American Heart Association®

VALDERRAMA CORREA ANGELA

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa Soporte Vital Básico (SVB/BLS) de la American Heart Association para profesionales de la salud (RCP y DEA).

Julio 6 de 2014 — Fecha de emisión

Julio 6 de 2016 — Fecha de actualización recomendada

PROFESIONAL DE LA SALUD

Nombre del centro de entrenamiento: P.L.A Export Editores S.A ZL20074 — N.° de ID del centro de entrenamiento

Información del centro de entrenamiento: Bogotá -Colombia 6193036 — Ciudad, País, Código postal: Bogotá -Colombia — Teléfono del centro de entrenamiento

Lugar del curso

Nombre del instructor: Alexandra Martinez 011122580O9 — N.° de ID del instructor

Firma del titular

© 2011 American Heart Association *Manipular esta tarjeta alterará su apariencia.* 90-2321US

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Proveedor de SVCA/ACLS

American Heart Association®

VALDERRAMA CORREA ANGELA

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

Julio 6 de 2014
Fecha de emisión

Julio 6 de 2016
Fecha de actualización recomendada

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Nombre del centro de entrenamiento: P.L.A Export Editores S.A ZL20074
(No. de ID del centro de entrenamiento)

Información del centro de entrenamiento: Bogotá -Colombia 6193036
(Ciudad, País, Código postal / Teléfono del centro de entrenamiento)

Lugar del curso: Bogotá -Colombia

Nombre del instructor: Alexandra Martínez 01112258009
(No. de ID del instructor)

Firma del titular

© 2011 American Heart Association *Manipular esta tarjeta alterará su apariencia.* 90-2319US

Proveedor de SVCA/ACLS

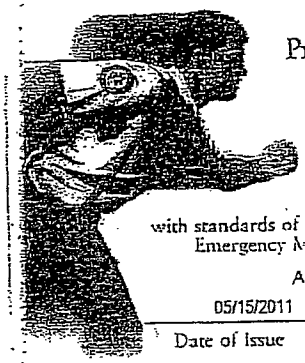
American Heart Association.

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYN

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

junio 11 de 2012 — Fecha de emisión

junio 11 de 2014 — Fecha de actualización recomendada



Prehospital Trauma Life Support

Angela Katheryne Valderrama C.

has successfully completed the national cognitive and skills examinations in accordance with standards of the National Association of Emergency Medical Technicians for

Advanced Provider Course

05/15/2011 — Date of Issue

05/15/2015 — Date of Expiration

American Heart Association.

Aprenda y Viva Más.

AVAP Proveedor

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYN

Esta tarjeta certifica que el individuo mencionado arriba ha completado satisfactoriamente las evaluaciones nacionales de conocimientos y aptitudes, de acuerdo con el plan de capacitación de la American Heart Association para el Programa de Apoyo Vital Avanzado Pediátrico.

1 de julio de 2011 — Fecha de emisión

1 de julio de 2013 — Fecha de renovación recomendada

Profesional de la salud

American Heart Association.

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYN

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa Soporte Vital Básico (SVB/BLS) de la American Heart Association para profesionales de la salud (RCP y DEA).

junio 11 de 2012 — Fecha de emisión

junio 11 de 2014 — Fecha de actualización recomendada

Nombre del centro de entrenamiento P.L.A Export Editores S.A

Información del centro de entrenamiento Colombia 6193036

Lugar del curso Bogotá- Colombia

Nombre del instructor Juan Carlos Cortés

Firma del titular

© 2011 American Heart Association Manipular esta tarjeta alterará su apariencia. 90-2319US

Fundación Salamandra

Sponsoring Organization

Course Medical Director Dr. Laureano Quintero

Course Coordinator Dr. Laureano Quintero

PH-11-2869-02

National Course #

State Course #

Date Monitored

Affiliate Signature

This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable state statutes and licensing acts.

NAEMT

Ciudad, País Bogotá-Colombia

Centro de Capacitación (CC) Organización de Capacitación P.L.A Export Editores S.A

Sitio de Capacitación (SC)

Instructor Angel Castro

Firma del titular

© 2003 American Heart Association 70-2991

Nombre del centro de entrenamiento P.L.A Export Editores S.A

Información del centro de entrenamiento Colombia 6193036

Lugar del curso Bogotá- Colombia

Nombre del instructor Juan Carlos Cortés

Firma del titular

© 2011 American Heart Association Manipular esta tarjeta alterará su apariencia. 90-2321US

PLA
Professional Leadership Academy

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

VALDERRAMA CORREA ANGELA

Realizó el curso de

PROVEEDOR ACLS

Según las normas de la American Heart Association
Certificamos 48 horas de estudio
Julio de 2014
en la ciudad de Bogotá

Alexandra Martínez

Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Netwip
Internacional S.A.
Nit.900.094.127-4

Mint®
Culture

Listening
Speaking
Thinking
Writing
Reading

Refresh your Knowledge

HEREBY STATES THAT

Ángela Katheryne Valderrama

53164726

Has successfully completed the Real Scenes

AS AN ENGLISH INTERPRETER

WITH MINT ENJOY'S DIDACTIC MATERIAL

(160 support hours max. - Informal Education)

Ceremony Date. 12/6/13

Bogotá, D.C. - Colombia - South America

Senior Marketing Vice-President

Mint Coordinator

General Administrative Manager

QUALITY AND SATISFACTION
Mint
WARRANTY

Salamandra®
Centro Internacional de Entrenamiento

Por medio de la presente constancia SALAMANDRA Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias, certifica que:

Angela Katheryne Valderrama Correa

Con cédula de ciudadanía N° 53164726

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación del curso

Manejo Integral en Cuidado Intensivo

Con una intensidad de 30 horas

Para constancia se firma en la ciudad de Bogota a los diecisiete (17) días del mes de Marzo de 2013, con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

LAUREANO QUINTERO, MD.
Director Científico

Constancia registrada con el No. A-CCR09320131019

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

Resolución No.4974 de diciembre de 2004 de Mineducación

Certifica que:

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA

Asistió a la:

ACTUALIZACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL, ASPECTOS DE SEGURIDAD Y DE LA LEY 1562 DE 2012

Con una intensidad de 8 horas
Realizada el 01 de Noviembre de 2012

Juan Carlos Beltrán Gómez
Rector

Paulo Daniel Acero Rodríguez
Director Escuela de Postgrados

Como constancia de lo anterior se firma a los 01 días del mes de Noviembre de 2012.

PLA
Professional Leadership Academy

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Realizó el curso de

RECERTIFICACION BLS-ACLS

Según las normas de la American Heart Association
Certificamos 48 horas de estudio
junio de 2012
en la ciudad de Bogotá - Colombia

Juan Carlos Cortés

Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

CONGRESO MÉDICO LATINOAMERICANO
DE ATENCIÓN Y CUIDADO PRIMARIO

IPMA 2012

Primer Summit Atención Primaria en Colombia

Certifica que

Valderrama Angela Katheryne

Asistió los días 9, 10 y 11 de junio, al programa académico desarrollado, con una duración de 27 horas.

Bogotá D.C., 11 de junio de 2012

Carlos Ortíz Ortiz
Presidente
Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

PLA
Professional Leadership Academy

Taller de Infiltraciones

Valderrama Correa Angela Katherine

Asistió al taller de "Infiltraciones", dictado por el
Dr. Roberto González, el día lunes 11 de junio de 2012, en el marco
del XIII Congreso Médico Latinoamericano de
Atención y Cuidado Primario.

CONGRESO MÉDICO
LATINOAMERICANO
DE ATENCIÓN Y CUIDADO PRIMARIO
IPMA 2012

Carlos Ortiz Ortiz
Presidente
Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Dr. Roberto González

PLA
Professional Leadership Academy

COMITÉ NACIONAL DE RESUCITACIÓN COLOMBIA

Certifica que

ANGIE KATHERINE VALDERRAMA

Asistió al simposio:

MANEJO DEL QUINTO ESLABÓN EN REANIMACIÓN CUIDADOS INTEGRADOS POSPARO

Llevado a cabo en la ciudad de Bogotá los días 10 y 11 de febrero de 2012

Presidente
Dr. Luis Eduardo Vargas

Vice Presidente
Dr Yuri Forlàn Bustos

GRUPO

REANIMA S.A.S.

CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS Y URGENCIAS

Certifica que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA

c.c. 53.164.726

Ha completado satisfactoriamente el Curso de:

ELECTROCARDIOGRAFIA

según los lineamientos del

GRUPO REANIMA S.A.S.

Este curso certifica 20 horas de Educación Médica

Bogotá, Diciembre 03 de 2.011

LIBARDO VARON YAZO
Director Científico

Hospital
Simón Bolívar

El Hospital Simón Bolívar III Nivel ESE.

Certifica que:

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
C.C. 53164726

Asistió a la Jornada de Actualización "Primer Respondiente en Salud Mental", realizada el día 30 de Agosto de 2011, con una intensidad horaria de 8 horas.

Bogotá D.C., Septiembre de 2011

LUIS GUILLERMO CANTOR WILCHES
Gerente Hospital Simón Bolívar

RONALD PRADO DE LA GUARDIA
Instructor - Médico Psiquiatra

LUCY STELLA ÁLVAREZ RAMÍREZ
Profesional Especializado (e) Gestión Humana

BOGOTÁ BICENTENARIO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG BOGOTÁ POSITIVA

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Certifica que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

ha participado en el curso

REANIMACIÓN NEONATAL

celebrado en la ciudad de Bogotá el día 27 de agosto del 2011, con una intensidad de 8 horas.

Mauricio Herrera
Director Científico e-sanitas

Adriana Acuña
Hospital Based Instructor
American Academia of Pediatrics

Organiza ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D. C. SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.

11BO57FC35673

PLA
Professional Leadership Academy

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

Realizó el curso de

PROVEEDOR PALS

Según las normas de la American Heart Association
Este curso está acreditado con 48 horas de estudio
Julio de 2011
en la ciudad de Bogotá - Colombia

Angel Castro

Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Universidad de
La Sabana

CERTIFICA QUE:

Angela Katherine Valderrama Correa

Asistió al curso de
Actualización en Urgencias y Emergencias,
dictado el 2 de julio de 2011, en el XII Congreso Médico Latinoamericano de Atención y Cuidado Primario, acreditado con 8 horas de estudio.

Paola Rueda
Directora Proyectos Especiales
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA

IPMA 2011

XII CONGRESO

Médico Latinoamericano
de Atención y Cuidado Primario

Certifica que

Angela Katherine Valderrama Correa

Asistió al taller
"Resistencia a la insulinización, un problema médico?"

Bogotá D.C. 3 de julio de 2011

Dr. Jorge Castillo
Director de taller

sanofi aventis
La Salud es lo esencial

PLA
Professional Leadership Academy

IPMA 2011

XII CONGRESO

Médico Latinoamericano
de Atención y Cuidado Primario

Certifica que

Angela Katherine Valderrama Correa

Asistió al programa académico acreditado con 20 horas de estudio

Bogotá D.C. Julio 2, 3 y 4 de 2011

Carlos Ortíz Ortíz
Presidente
Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

PLA
Professional Leadership Academy

NAEMT

THIS IS TO
ACKNOWLEDGE THAT

Angela Katheryne Valderrama C.

has successfully completed the

Advance Provider Course

sponsored by the National Association of Emergency Medical Technicians, in cooperation with the Committee on Trauma of the American College of Surgeons and

Fundación Salamandra

CECBEMS No. 07-NAEMT-F2A-0007 assigned 16 CE Hours Adanced

PHTLS Medical Director

National PHTLS Chairperson

PHTLS Faculty Representative

PRE-HOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT NAEMT

Dr. Laureano Quintero
Course Medical Director

Course Coordinator

PH-11-2869-02	05/15/2011	05/15/2015
National Course Number	Date Issued	Date Expired

SALAMANDRA®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

NAEMT®

The National Association of Emergency Medical Technicians a través de la Fundación Salamandra

Otorga la presente

CONSTANCIA A

Angela Katheryne Valderrama Correa

Por su asistencia al Curso ***PHTLS Militar*** *Provider llevado a cabo en la ciudad de Bogotá, los días 14 y 15 de Mayo de 2011, con una duración de 20 horas.*

Curso Oficial que sigue los lineamientos establecidos por la ***National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT)*** en Cooperación con el ***American College of Surgeons.***

Dr. Laureano Quintero B.
PHTLS Affiliate Faculty
Director Científico

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERINE

Realizó el curso de

PROVEEDOR ACLS

Según las normas de la American Heart Association

Este curso está acreditado con 30 horas de estudio
Los días 3 y 4 de julio de 2010
en la ciudad de Bogotá - Colombia

Juan Carlos Cortes

Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

San Mateo Union High School District Adult School & Community Education
San Mateo, California

This certifies that

Angela Valderrama

Has successfully completed 217 *hours of instruction in*

English as a Second Language

Low Intermediate Level

Lisa Dolehide, Instructor

January 2011

Accredited by the Western Association of Schools and Colleges

San Mateo Union High School District Adult School & Community Education
San Mateo, California

This certifies that

Angela Valderrama

Has successfully completed 45 *hours of instruction in*
English as a Second Language

Beginning Conversation

David A D

Instructor, David Doneff

10/04/10

Date

Accredited by the Western Association of Schools and Colleges

San Mateo Union High School District Adult School & Community Education
San Mateo, California

This certifies that

Angela Valderrama

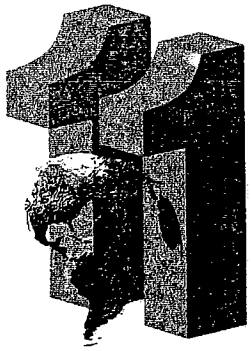
Has successfully completed 39 hours of instruction in English as a Second Language

High Beginning

Shirley McMahon

Shirley McMahon, Instructor
October 2010

Accredited by the Western Association of Schools and Colleges



CONGRESO MÉDICO
Latinoamericano de Atención y Cuidado Primario
IPMA 2010

Certifica que

Valderrama Correa Ángela

Asistió al programa académico
acreditado con 27 horas de estudio categoría 1,
de acuerdo con normas internacionales del
Acreditation Council for Continuing Medical Education.

Bogotá D.C. Julio 3, 4, y 5 de 2010

Carlos Ortíz Ortíz
Presidente
Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A.

ACADEMIC A.C.
MCR MARKETING CLINICAL RESEARCH
IMI Intersciences Medical Institution
Universidad de La Sabana
AMADIM
CEM ACREDITADO
CRMA
EMC
P.L.A. Export Editores S.A.

Organización de Capacitación P.L.A. Export

Otorga el presente certificado a

Ángela Valderrama

Quien asistió al

"Taller práctico sobre infiltraciones"

Acreditando 4 horas de estudio

Bogotá, D.C., julio de 2010

Roberto González
MD - Ortopedista
Director de Taller

Bussié

Pfizer

Trabajamos juntos por un mundo más saludable™

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53164726

Cursó y aprobó la acción de Formación

ENGLISH DISCOVERIES - BÁSICO I

Con una duración de 60 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en San andres a los Cinco (5) días del mes de Junio de Dos Mil Ocho (2008)

ELIZABETH JAY-PANG DIAZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN TURÍSTICA, GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS
REGIONAL SAN ANDRES

SGCV2008606136

SGCV2008606136 5/06/2008
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53164726

Cursó y aprobó la acción de Formación

ORIENTACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cartagena a los Veintisiete (27) días del mes de Mayo de Dos Mil Ocho (2008)

FRANCISCO CERVANTES MENDOZA
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLIVAR

SGCV2008590958 27/05/2008
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53164726

Cursó y aprobó la acción de Formación

CONTROL DE LA INFECCIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO (DESINFECCIÓN)

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cartagena a los Veintisiete (27) días del mes de Mayo de Dos Mil Ocho (2008)

FRANCISCO CERVANTES MENDOZA
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLIVAR

×SGCV2008591140×

SGCV2008591140 27/05/2008
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53164726

Cursó y aprobó la acción de Formación

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cartagena a los Veintinueve (29) días del mes de Mayo de Dos Mil Ocho (2008)

FRANCISCO CERVANTES MENDOZA
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLIVAR

SGCV2008593309

SGCV2008593309 29/05/2008
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53164726

Cursó y aprobó la acción de Formación

ORIENTACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cartagena a los Veintisiete (27) días del mes de Mayo de Dos Mil Ocho (2008)

FRANCISCO CERVANTES MENDOZA
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLIVAR

SGCV2008590958

SGCV2008590958 27/05/2008
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

Universidad de Boyacá
UniBoyacá

Vicerrectoría Académica

CERTIFICAN:

Que: **ÁNGELA KATHERYNE VALDERRAMA C.**

C.C. 53.164.726 de Bogotá, D.C.

Asistió a

II JORNADA ACADEMICA INTERDISCIPLINARIA

DIABETES MELLITUS

Tunja, 08 de Abril de 2008

ANDRÉS CORREAL CUERVO
Vicerrector Académico

GLORIA EUGENIA CAMARGO VILLALBA
Decano (a) de la Facultad

Universidad de Boyacá
UniBoyacá

Vicerrectoría Académica

CERTIFICAN:

Que

ANGELA KATHERINE VALDERRAMA CORREA

Asistió a

PRIMER CONGRESO EXALUMNOS MEDICINA

Intensidad horaria 08 horas

Tunja, 01 de Noviembre de 2007

ANDRÉS CORREAL CUERVO
Vicerrector Académico

GLORIA EUGENIA CAMARGO VILLALBA
Decano (a) de la Facultad

Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial

a

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA

Como asistente al

Seminario de Actualización de las Guías Oficiales ACORL para el Manejo de las Patologías más Frecuentes en Otorrinolaringología

Paipa, 20 de Octubre de 2007

Presidente
Junta Directiva

Asociación Colombiana de Otorrinolaringología
ACORL
Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial

Secretario
Junta Directiva

2 C E M

FEPASDE

FONDO ESPECIAL PARA AUXILIO SOLIDARIO DE DEMANDAS

1er ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS EN LA PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

ANAESTHESIA DEORUM ARS SCARE

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

CERTIFICA

Que el Dr.(a):

ANGELA KATHERINE VALDERRAMA C.

Medicina Forense - Lesiones

Asistió al Taller _____

Primer Encuentro Regional Sobre Aspectos Forenses en la practica de los profesionales de la salud

Realizado el 7 y 8 de Septiembre de 2007

Fabio Cañon
Gerente Seccional Boyacá - SCARE

Dra. Cecilia García Torres
Jefe de Departamento de Educación Continuada

FEPASDE
FONDO ESPECIAL PARA AUXILIO SOLIDARIO DE DEMANDAS

1er ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

ANESTHESIA DEORUM ARS SCARE

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

CERTIFICA

Que el Dr.(a):

ANGELA KATHERINE VALDERRAMA C.

Medicina Forense – Certificación de la Muerte

Asistió al Taller

Primer Encuentro Regional Sobre Aspectos Forenses en la practica de los profesionales de la salud

Realizado el 7 y 8 de Septiembre de 2007

Fabio Cañon
Gerente Seccional Boyacá - SCARE

Dra. Cecilia García Torres
Jefe de Departamento de Educación Continuada

SALAMANDRA
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

CERTIFICA QUE:

Ángela K. Valderrama Correa

Asistió al:

SIMPOSIO DE TRAUMA

INTERVENCIÓN EN LAS FRONTERAS DE LA VIDA

Privilegiando su capacidad de respuesta

Con una intensidad horaria de 8 Horas

Para constancia en Bogotá a los nueve (9) días del mes de Junio de 2007

Laureano Quintero Barrera
Director Cientifico

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

LABORATORIO DE SIMULACIÓN CLÍNICA

Certifica que:

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Asistió a los cursos de :

ISQUEMIA-LESION Y NECROSIS MIOCARDICA
ELECTROCARDIOGRAFÍA BÁSICA Y ARRITMIAS CARDÍACAS

Realizado en la ciudad de Bogota el 13 de Mayo de 2006 con una intensidad de 8 horas.

Dr. HERNANDO MATIZ CAMACHO, MD.,FACC., FACP..
Director Laboratorio de Simulación y Habilidades Clínicas
Centro de Entrenamiento en Reanimación Cardiopulmonar
Universidad El Bosque

Universidad de Boyacá
UniBoyacá

Vicerrectoría Académica

CERTIFICAN:

Que: ***ÁNGELA KATHERYNE VALDERRAMA C.***

Asistió a

1ª JORNADA CIENTIFICA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Tunja, 28 y 29 de Septiembre de 2006

Ing. ANDRÉS CORREAL CUERVO
Vicerrector Académico

Dra. GLORIA EUGENIA CAMARGO VILLALBA
Decano (a) de la Facultad

Universidad de Boyacá
UniBoyacá

CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO - CIPADE
FACULTAD DE CIENCIAS E INGENIERÍA

CERTIFICAN:

Que: *Angela Katheryne Valderrama*

Asistió a

I Seminario de Biotecnología e Inmunología

Tunja, **1 de Septiembre de 2005**

Dra. ROSA AMALIA CUERVO PAYERAS
Director (a) del CIPADE

Ing. CLARA PATRICIA AVELLA
Decano (a) de la Facultad

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE BOYACÁ

UniBoyacá

CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO - CIPADE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICAN:

Que: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA C.

Asistió a

SEMINARIO "MANEJO PRE Y HOSPITALARIO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES"

Tunja, 18 Y 19 DE NOVIEMBRE DE 2003

Dra. ROSA AMALIA CUERVO PAYERAS
Directora del CIPADE

Dr. PEDRO MANUEL BUSTAMANTE BOHIGAS
Decano (a) de la Facultad

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ANGELA KATHERYNE
VALDERRAMA CORREA

C.C. 53164726

MEDICO(A)

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ, D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.

15 1299/2010

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

C.C. o C.E.

CC 53164726

De

BOGOTÁ, D.C.

Ciudad

Institución de Educación

UNIBOYACA

TUNJA

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007. SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE
LA SABANA

LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO HUMANO
DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD
DE LA SABANA
NIT 832.003.167-3

CERTIFICA

Que **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificada con **C.C.53.164.726** estuvo vinculada en nuestra Institución con un contrato a término indefinido desde el 28 de enero de 2014 hasta el 03 de junio de 2014, desempeñándose como **MÉDICO GENERAL**, Con una dedicación laboral de 120 horas mensuales, lo que equivale al 50% del tiempo trabajado y un salario mensual por valor de **UN MILLÓN VEINTE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($1.020.586).** Adicionalmente recibió bonos no constitutivos de salario por valor de **CUATROCIENTOS TRECE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE ($413.751).**

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 03 días del mes de junio de 2014.

Cordial saludo,

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
NIT. 832.003.167-3
DESARROLLO HUMANO

ADRIANA MILENA GARCÍA LEÓN
DIRECTORA DESARROLLO HUMANO

Alexandra R.

LABORATORIO CLINICO
MARIA CLEMENCIA RODRIGUEZ M.

CERTIFICO

Que la Doctora ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA, identificada con la C.C. No. 53.164.726 de Bogotá, trabaja como Médico Especialista en Salud Ocupacional en el Laboratorio Clínico María Clemencia Rodríguez M. hace 3 meses, en este tiempo ha demostrado ser una persona responsable y cumplidora de su trabajo.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (20) Veinte días del mes de Mayo de 2013..

Atentamente,

MARIA CLEMENCIA RODRIGUEZ
C.C. No. 41.749.914 de Bogotá

Servicios & Asesorías s.a.
Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

LA COORDINACION DE SERVICIO AL CLIENTE

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificado (a) con cédula de ciudadanía número 53.164.726 labora en misión para nuestra empresa cliente **HOSPITAL DE SUBA E.S.E.** desempeñando el cargo como apoyo temporal **APOYO PROFESIONAL MEDICO 8 HORAS URGENCIAS** durante los siguientes periodos:

Desde 1/06/2011 al 16/08/2011
Desde 6/09/2011 al 11/04/2012
Desde 2/10/2012 a la fecha.

Con un contrato por obra o labor determinada devengando un salario básico mensual de $1.550.000 (UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS) y otros ingresos que no constituyen salario de $1.674.000 (UN MILLON SESICIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS)

Se expide a solicitud del interesado a los (3) días del mes de diciembre de 2012 en la ciudad de Bogotá D.C.

JORGE EDUARDO RUGE
Coordinador SAC
Servicios y Asesorias S.A.

Bogotá, D.C., 27 de Junio de 2012

EL LIDER
DEL
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR:

Que, el señor(a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No.53.164.726** presta sus servicios mediante la Orden de Suministro de Servicios como **PROFESIONAL UNIVERSITARIO (MÉDICO)** en el área **ASISTENCIAL**, desde el día 16 de Febrero de 2011, recibiendo por honorarios mensuales: la suma de **($5.670.000) Cinco millones Seiscientos Setenta mil pesos M/cte.**

Se deja constancia que entre el señor (a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA** y el **HOSPITAL SIMON BOLIVAR**, no existe relación laboral alguna, ni vinculación diferente a la derivada del contrato que le permite suministrar sus servicios en el área Asistencial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

JULIO CESAR GUERRA MORENO
LIDER
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

Proyectó: Marcela Medina

Empresa Social del Estado
Salud Nobsa

CERTIFICACION

FRANCIS TOBO SIACHOQUE GERENTE DE LA ESE SALUD NOBSA
HACE CONSTAR:

Que la doctora **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificada con la cédula de ciudadanía No. 53.164.726 de Bogotá, desempeñó el cargo de Médico General en Servicio Social Obligatorio en la Empresa Social del Estado Unidad de Salud Nobsa, nombrada mediante acta de posesión No. 015 del 06 de Julio de 2009. La citada profesional desempeño el cargo mencionado durante el periodo de tiempo comprendido entre el 07 de Julio de 2009 al 06 de Julio de 2010, cumpliendo con los programas y actos previstos.
El cargo, sede y localidad antes mencionados son válidos para la prestación del Servicio Social Obligatorio, cuya plaza fue aprobada por la Gobernación de Boyacá y la Secretaría de Salud de Boyacá, mediante la resolución No. 689 del 06 de Mayo de 2008, mediante la cual se aprueba una plaza para la prestación del Servicio Social Obligatorio, registrada bajo el número M–298. En concordancia la doctora ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA ha cumplido el Servicio Social Obligatorio de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

En constancia se firma en Nobsa, a los 06 días del mes de Julio de 2010

Atentamente,

FRANCIS LILIANA TOBO SIACHOQUE
Gerente ESE Salud Nobsa

ESQUEMA DE VACUNACION

	EDAD	FECHA
BCG	1s	
DPT	2m	
Y	4m	
POLIO	6m	
	18m	
	5A	
SARAMPION	9m	
MMR	15m	
	1 A	
HBV-L	Al Nacer	20 ABR 1999
	1m	MAY 1999
	6m	6 JUN 1999
Hepatitis A	12	13 MAY 1999
HIB	2m	
	4m	
	6m	
	15m	

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACUNATION AGAINST YELLOW FEVER

Certifico que: Angela Katheryne Valderrama. Sexo: Femenino
This certify that Sex
Cuya firma aparece enseguida: Angela Katheryne Valderrama Fecha de nacimiento: 25-04-85
Whose signature follows of birth

Ha sido en la fecha indicada, vacunado(a) o revacunado(a) contra fiebre amarilla.
Has on the date indicated been vaccinated or revaccinated againts yellow fever.

Fecha Date	Firma, profesión y dirección del vacunador Signature, professional status and address of vaccionator	Fabricante y No. de lote Manufacturer and batch number of vaccine	Sello oficial del Centro de vacunación Official stamp of vaccinating Center
20 de Julio 2005	Olga Arango	LOT 7 55 96-1	

Centro de vacunación: Cruz Roja Colombiana. Duitama.
Vaccinating Center

Dirección: Cra 16A Nº 1026. Ciudad: Duitama Estado o País: Colo
Address City Slate

ESTE CERTIFICADO ES VALIDO solamente si la vacuna utilizada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y el centro de vacunación ha sido habilitado por la administración sanitaria del territorio, en el cual el Centro esté situado. La validez de este certificado se extenderá por un periodo de 10 años, empezando 10 días después de la fecha de vacunación o, en caso de una revacunación, en el curso de este periodo de 10 años, desde la fecha de revacunación.

Toda correción o enmendadura sobre este certificado o la omisión de cualquiera de una de las menciones, puede afectar su validez.

THIS CERTIFICATE IS VALID only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating center has been designated by the health administration for the country in which that is situated.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

CRUZ ROJA COLOMBIANA
UNIDAD MUNICIPAL
DUITAMA

REGISTRO DE VACUNACIÓN

Nombre: Angela katherine Valderrama
F. Nacimiento: 25 abril 1985
Dirección: Calle 12 # 28-22

VACUNA	DOSIS 1a. FECHA VACUNA	2a. CITA	2a. FECHA VACUNA	3a. CITA	3a. FECHA VACUNA
Antitetánica	25 SEP 2005	20 OCT 2005	15 DIC 2005		
Triple Viral	21 SEP 05				
Fiebre Tifoidea					
Hepatitis B	25 OCT 2005	25 NOV 05	24 DIC 05		
Influenza					
Otra	CRUZ ROJA COLOMBIANA UNIDAD MUNICIPAL DUITAMA VACUNACION				

Responsable: Olga Arango Tcléfax 604166
Carrera 16A No. 10-26

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1985

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

26-MAY-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALCIRA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500117-42117902-F-0053164726-20030915 0386703259A 01 149935634

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.164.726

APELLIDOS VALDERRAMA CORREA

NOMBRES ANGELA KATHERYNE

FIRMA

delegadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.
Compensar EPS es vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, oficina de atención al ciudadano está ubicada en la Carrera 7 No. 32 - 16 San Martín Pisos 14 al 16 Bogotá. En la página www.supersalud.gov.co puede registrar en el formulario de Peticiones y Reclamos sobre el S.G.S.S.S. También puede comunicarse a través de la línea gratuita nacional 018000 513700 o desde Bogotá al 4817000. en el horario de atención de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.
Las IPS adscritas a la red de prestadores de servicios de salud de Compensar EPS son vigiladas por la Secretaria de Salud ubicada en la carrera 32 No. 12-81. Su página es www.saludcapital.gov.co, la línea de atención 106 y 123, en Bogotá en el 3649549 y 3649090 Ext. 6610; 6611; 9941 y 9943.

...cancelación de cirugía programada	Porcentaje	6,28	6,69
Oportunidad en la atención en consulta de odontología general	Días	13,23	4,56
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Días	25,5	22,35
Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	Porcentaje	11,78	29,82
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Porcentaje	9,75	7,91
Tasa de satisfación global	Porcentaje	89,84	91,28

3. Posición en el ordenamiento (Ranking) EPS:

Los resultados de ranking de EPS se componen de tres dimensiones, que se califican en cuatro categorías: alto, medio alto, medio bajo y bajo. En el ranking Compensar EPS está ubicada así:

1406 295310

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES A LA EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

compensar | eps salud

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formato)

Distribución gratuita. Prohibida su venta

Radicado No.

0. Fecha de radicación

I. Tipo de Trámite

A. Afiliación [X] B. Novedad [ ]

A. Afiliación			B. Novedad
1. Tipo de afiliación	2. Clase de afiliación	3. Tipo de cotizante	Código de Novedad
Individual [ ] Colectiva [ ]	Nuevo [ ] Reingreso [X] Reintegro [ ] Trasladó [ ]		

II. Datos Cotizante

4. Apellidos y nombres completos												
5. TD	6. No. de identificación		7. Fecha de nacimiento		8. Sexo	9. Estado civil	10. Tipo de discapacidad		11. Nombre IPS		12. Código IPS	
1	52116942		16	05	1975	M	S					
13. Nivel educativo	14. Etnia	15. Grupo poblacional	16. Código ocupación	17. Dirección de residencia (según factura de servicios públicos)								
4	1	5		KR 150 N° 163 B-60 INT 3 APT 204								
18. Barrio		19. Zona	20. Ciudad/Municipio	21. Cód. Ciudad/Municipio	22. Departamento	23. Celular						
24. Teléfono	25. Correo electrónico		26. EPS anterior		27. Código EPS anterior	28. Mes de aporte						

III. Información de Beneficiarios

Beneficiario	29. TD	30. No. de identificación	31. Apellidos y nombres completos	32. Sexo	33. Parentesco	34. Fecha de nacimiento Año	Mes	Día	35. Nivel educativo	36. EPS anterior	37. Cód. EPS anterior	38. UPC	39. Tipo discapacidad	C. Cód. Novedad Benefic.
B1														
B2														
B3														
B4														

Beneficiario	40. Ocupación	41. Etnia	42. Grupo Poblacional	43. Dirección de residencia	44. Barrio	45. Zona	46. Teléfono	47. Ciudad	48. Departamento	49. Nombre IPS	50. Código IPS	51. Clase de afiliación beneficiarios Nuevo	Reingreso	Reintegro	Trasladó
B1															
B2															
B3															
B4															

IV. Información para Beneficiarios UPC adicional

52. UPC adicional

Beneficiario	Fecha de inicio UPC		Valor mensual de la UPC		Beneficiario	Fecha de inicio UPC		Valor mensual de la UPC	
B1 B2					B3 B4				

V. Información del Empleador y/o Entidad Pensionadora

53. TD	54. No. de identificación	55. DV	56. Nombre o razón social	57. Dependencia	58. Centro de costos	59. ARL

60.	61. Cargo	62. Dirección empresa (entrega correspondencia a talento humano)	63. Ciudad empresa	64. Teléfono

65. Correo electrónico empresa:

66. Fecha ingreso a la empresa	67. Tipo salario	68. Ingreso base cotización	69. No. afiliación a Cotpensiones

VI. Información exclusiva Trabajador Independiente o Contratista

...cación de salud debe reportar la novedad de retiro en la última planilla de pago, el no

compensar

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

COMPENSAR EPS

Nit. 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53.164.726, se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa CORP PARA EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL NIT 900069398, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro
20140311	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), en Bogotá a los 12 días del mes de Agosto de 2.014

OBSERVACIONES:

Con destino a:

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Información sujeta a verificación por parte de Compensar EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

Compensar EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA

CER-AFI 3792759

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001 Código N°SC 5892 ISO 9001:2008-NTC-ISO 9001:2008
IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

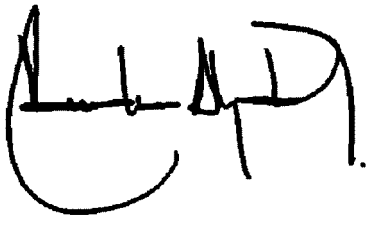
porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **53,164,726**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Agosto de 2014.



Gerente de Clientes

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2014/08/20

Por medio de la presente hacemos constar que la señora ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
con Cédula de Ciudadanía número 53164726
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 186070273211
Fecha Apertura 2007/01/09

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0070 - OFICINA SAN MARTIN

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Hospital Simón Bolívar	DATOS PERSONALES DEL COLABORADOR	Código: GTH-PL 000	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTION HUMANA	Versión: 0	

Nombres y Apellidos Completos:

Angela Katheyne Valderrama Correa

Identificación 53169726 Fecha Exp 26/05/03 / / RH Edad Sexo: F X M__ TG__

Lugar y fecha de Nacimiento Cali - Valle 25 abril 1985

Dirección: Kra 50N° 163b-80 Int. 3 apt 204 Teléfonos: 3209936094

Casado(a)__ Soltero(a) X Divorciado(a)__ Unión Ubre__ Viudo(a) __ N° de hijos __

GRUPO FAMILIAR		
Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad
Yerlinmeina Valderrama Correa	Hermana	22
Nora Angelica Valderrama Correa	Hermana	18

Bachiller__ Técnico__ Profesional__ Profesional especializado X MG__ PD__

Institución Educativa Universidad de Boyaca Titulo Medico cirujano.

Tarjeta Profesional N° 1299-10

EPS Comfenalco Fondo de Pensiones Proteccion.

Caja de Compensación Comfenalco.

Correo electrónico Katheyn1160@yahoo.com

Este campo NO lo diligencie

Objeto del contrato_____

Nº CDP_____ Nº CRP _____ Código _____ Nº contrato

Fecha de inicio del contrato _____

Fecha de finalización del contrato_____

Valor del contrato mensual_____ Supervisor _____

Fecha de diligenciamiento: _____

20. ¿A qué equipo de trabajo pertenecía? Orgenaus.

21. ¿Qué actividades desarrollaba?

22. ¿De esas actividades cual le llamaba más la atención y cual menos y porque?

23. ¿Ha dirigido grupos de trabajo? Si ____ No _____ En caso afirmativo ¿qué tipo de dirección ha hecho?

24. ¿Ha participado en proyectos? Si ____ No _____ En caso afirmativo ¿qué tipo de dirección ha hecho?

25. ¿Logros de su vida hasta el momento ?

• Estudios / Trabajo / Flia.

26. ¿No de personal bajo su cargo?

Observaciones:

Concepto Profesional:

Puntaje

Profesional de Talento Humano

FORMATO DE ENTREVISTA

NOMBRES Y APELLIDOS Angela Katheryne Valderrama C.

FECHA 15 Agosto/14. PROFESION U OFICIO Medico.

COMPONENTE FAMILIAR (FAMILIOGRAMA) B/Maturen.

1. ¿Con quién vive actualmente?

Hermana)

2. ¿De quién depende el hogar económicamente?

De Toda)

3. ¿Cómo considera Usted que son las relaciones interpersonales en su hogar?

Buena)

5. ¿Fuma? NO ¿Ingiere alcohol? NO ¿con que frecuencia? _____

6. ¿Qué hace en su tiempo libre actualmente?

Dormir.

7- ¿Qué mecanismos utiliza cuando se encuentra en tensión?

Tranquilizarse Ra tomar Cu mejor opaò n

8. ¿Cúales son tres fortalezas, más importantes?

Puntualidad liderazgo Amabilidad.

8. ¿Cúales son tres debilidades más importantes?

Acelerada

Hospital Simón Bolívar	PRUEBA PSICOTÉCNICA DISC	Código: GTH-FO-295-022	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTION DEL TALENTO HUMANO CONTRATACION	Versión: 0	

NOMBRE Angela Katherine Valderrama CC. 33161726. Boy.

Escoja una palabra "MAS" y una palabra "MENOS" que lo describa

1	MAS	MENOS
ENTUSIASTA	O	O
RAPIDO / A	O	O
LOGICO / A	X	O
APACIBLE	O	X

2	MAS	MENOS
CAUTELOSO /A	O	O
DECIDIDO / A	X	O
RECEPTIVO /A	O	O
BONDADOSO / A	O	X

3	MAS	MENOS
AMIGABLE	O	X
PRECISO / A	X	O
FRANCO / A	O	O
TRANQUILO / A	O	O

4	MAS	MENOS
ELOCUENTE	O	O
CONTROLADO / A	X	O
TOLERANTE	O	O
DECISIVO / A	O	X

5	MAS	MENOS
ATREVIDO / A	O	O
CONCIENZUDO / A	O	X
COMUNICATIVO / A	X	O
MODERADO / A	O	O

6	MAS	MENOS
AMENO / A	X	O
INGENIOSO / A	O	O
INVESTIGADOR / A	O	O
ACEPTA RIESGOS	O	X

7	MAS	MENOS
EXPRESIVO / A	O	O
CUIDADOSO / A	X	O
DOMINANTE	O	O
SENSIBLE	O	X

8	MAS	MENOS
EXTROVERTIDO / A	X	O
PRECAVIDO / A	O	O
CONSTANTE	O	O
IMPACIENTE	O	X

Continuar

9	MAS	MENOS
DISCRETO	O	O
COMPLACIENTE	O	X
ENCANTADOR / A	X	O
INSISTENTE	O	O

10	MAS	MENOS
VALEROSO / A	O	X
ANIMA A LOS DEMAS	O	O
PACIFICO / A	O	O
PERFECCIONISTA	X	O

11	MAS	MENOS
RESERVADO / A	O	O
ATENTO /A	O	O
OSADO / A	O	X
ALEGRE	X	O

12	MAS	MENOS
ESTIMULANTE	X	O
GENTIL	O	O
PERCEPTIVO / A	O	O
INDEPENDIENTE	O	X

13	MAS	MENOS
COMPETITIVO / A	X	O
CONSIDERADO / A	O	X
ALEGRE	O	O
SAGAZ	O	O

14	MAS	MENOS
METICULOSO / A	O	O
OBEDIENTE	O	O
IDEAS FIRMES	X	O
ALENTADOR / A	O	X

15	MAS	MENOS
POPULAR	O	O
REFLEXIVO / A	O	X
TENAZ	X	O
CALMADO / A	O	O

16	MAS	MENOS
ANALITICO / A	O	O
AUDAZ	X	O
LEAL	O	O
PROMOTOR /A	O	X

Continuar

17	MAS	MENOS
SOCIABLE	X	O
PACIENTE	O	O
AUTO SUFICIENTE	O	X
CERTERO /A	O	O

18	MAS	MENOS
ADAPTABLE	O	O
RESUELTO / A	O	O
PREVENIDO / A	O	X
VIVAZ	X	O

19	MAS	MENOS
AGRESIVO / A	O	O
IMPETUOSO / A	O	X
AMISTOSO / A	X	O
DISCERNIENTE	O	O

20	MAS	MENOS
DE TRATO FACIL	O	O
COMPASIVO / A	O	X
CAUTO / A	X	O
HABLA DIRECTO	O	O

21	MAS	MENOS
EVALUADOR / A	O	O
GENEROSO / A	O	X
ANIMADO / A	O	O
PERSISTENTE	X	O

22	MAS	MENOS
IMPULSIVO / A	O	O
CUIDA LOS DETALLES	O	X
ENERGICO	X	O
TRANQUILO / A	O	O

23	MAS	MENOS
SOCIABLE	X	O
SISTEMATICO / A	O	X
VIGOROSO / A	O	O
TOLERANTE	O	O

24	MAS	MENOS
CAUTIVADOR /A	O	X
CONTENTO / A	O	O
EXIGENTE	X	O
APEGADO A LAS NORMAS	O	O

Continuar

25	MAS	MENOS
LE AGRADA DISCUTIR	O	O
MELODICO / A	X	O
COMEDIDO / A	O	O
DESENVUELTO / A	O	X

26	MAS	MENOS
JOVIAL	O	O
PRECISO / A	O	O
DIRECTO / A	X	O
ECUANIME	O	X

27	MAS	MENOS
INQUIETO / A	O	O
AMABLE	X	O
ELOCUENTE	O	X
CUIDADOSO / A	O	O

28	MAS	MENOS
PRUDENTE	X	O
PIONERO	O	X
ESPONTANEO / A	O	O
COLABORADOR	O	O

POLIZA

MAPFRE | COLOMBIA

RC PROFESIONAL MEDICOS INDIVIDUALES

INICIACION
ORIGINAL
Ref. de Pago: 30706063234

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 732	3442213000038	0	1	SAN FERNANDO	Cra. 15 No. 74 ┐ 45 Oficina 502,	BOGOTA D.C.

TOMADOR	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE			NIT / C.C.	53164726
DIRECCION	CRA 50 N 163N - 80 INT 1 APTO 309	CIUDAD	BOGOTA D.C.	TELEFONO	6744188
ASEGURADO	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE			NIT / C.C.	53164726
DIRECCION	CRA 50 N 163N - 80 INT 1 APTO 309	CIUDAD	BOGOTA D.C.	TELEFONO	6744188
ASEGURADO	N.D.			NIT / C.C.	N.D.
DIRECCION	N.D.	CIUDAD	N.D.	TELEFONO	
BENEFICIARIO	CUALQUIER TERCERO AFECTADO			NIT / C.C.	N.D.
DIRECCION	N.D.	CIUDAD	N.D.	TELEFONO	N.D.

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DIA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
9	12	2013	INICIACION	00:00	9	12	2013	365	INICIACION	00:00	9	12	2013	365
			TERMINACION	00:00	9	12	2014		TERMINACION	00:00	9	12	2014	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
HERNANDEZ Y ROSARIO LTDA ASESORES DE SEGUROS	AGENCIA DEL	4374	6304662	100,00

IVIDAD	HOSPITAL
ESPECIALIDAD	MEDICO GENERAL / CLINICO
DIRECCION DEL RIESGO	CRA 7 N 165 - 01
DEPARTAMENTO	DISTRITO CAPITAL
CIUDAD	BOGOTA D.C.

(415)7709999000628(8020)3442213000038 1(3900)181945(96)20131219

COBERTURAS		VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$ 200.000.000,00	$ 200.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$ 0,00	$ 40.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$ 0,00	$ 200.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$ 0,00	$ 200.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)

SE ANEXAN Condiciones Generales y Particulares:

Observaciones:

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

TOTAL PRIMA NETA PESOS COLOMBIANOS	GASTOS DE EXPEDICION PESOS COLOMBIANOS	SUBTOTAL EN PESOS COLOMBIANOS	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS PESOS COLOMBIANOS	TOTAL A PAGAR EN PESOS COLOMBIANOS
$ 146.849,00	$ 10.000,00	$ 156.849,00	$ 25.096,00	$ 181.945,00

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	OPERACION	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
370 732,00	3442213000038		27 SAN FERNANDO	Cra. 15 No. 74 ┐ 45 Oficina 502,	BOGOTA D.C.

ANEXOS

ASEGURADO: ANGELA KATERYNE VALDERRAMA CORREA

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

VIGENCIA: 09/12/2013 a 09/12/2014

AMPAROS

R.C como consecuencia de cualquier eacto medicoe derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

R.C. consecuencia de asistencia medica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado

LIMITE VALOR ASEGURADO:

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCION 6088 DE JUNIO 21 DE 2013
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 4 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

NIT 891.700.037-9 Cra. 14 No. 96 - 34 PBX: 6503300 fax: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co A.A.: 28525 Bogotá, D.C., Colombia

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

MAPFRE es amigable con el planeta by MAPFRE

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co

LIMITE VALOR ASEGURADO:

$ 200.000.000 evento / agregado anual

R.C. daños morales sublimitado al 25% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de este.

Gastos judiciales sublimitado 20% del limite asegurado evento / vigencia Este valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exceso de este.

PRIMA ANUAL SIN IVA:

$146.849

DEDUCIBLES:

Básico 10% MINIMO $1.000.000 No opera para Gastos Medicos Para las coberturas. de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

NO SE OTORGA

R.C. Extracontractual Bienes bajo cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado. Errores e inexactitudes diferentes al la prestación del servicio de salud. Renovación automática R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas Los procedimientos esteticos y de cirugía plástica salvo que se trate de una cirugía reconstructiva en caso de accidente.

NOTA: se aclara que el asegurado beneficiario labora o presta sus servicios profesionales en otras entidades además de la detallada en el sistema interno de emisión.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A

- FIN DE LA SECCION -

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/03. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5089 DE JUNIO 21 DE 2013.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14216901661

(415)7707212489984(8020) 000001421690166 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 1 6 4 7 2 6	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 3 1 6 4 7 2 6	2 0 0 3 0 5 2 6

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALDERRAMA	CORREA	ANGELA	KATHERYNE

Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección
CR 20 A 173 A 03 IN 8 AP 332

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angelakatherynev@hotmail.com		5 2 6 6 0 7 3	3 2 0 4 9 3 8 0 9 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 6 2 1	2 0 0 9 0 6 0 9					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 2 2 1	

Responsabilidades

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO X

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 3 0 1 0 3

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 08-12-2013 10:25:49PM

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Riesgos Profesionales

Reporte de radicación para la fecha: 25/08/2014

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	NIT	Numero de documento:	800196433	Código Empresa	eARL115595
Nombre:	E.S.E. HOSPITAL SIMON BOLÍVAR				
Dirección:	CRA. 7 165 00				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:		BOGOTA D.C.	
E - mail:	contratacion@esesimonbolivar.gov.co marcemedina2010@gmail.com				
Teléfono:	6732600	Tarifa:		2,43600	
Actividad económica:	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON IN				
TERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICI					
OS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZ					

DATOS USUARIO EMPRESA

Cédula usuario	Nombre usuario	Apellido Usuario
52434273	MARCELA	MEDINA SANCHEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Afiliación	Cobertura Desde	Documento	Trabajador	Salario	Tarifa	Tipo
1	1120	25/08/2014	26/08/2014	C - 52870850	MENDEZ GUZMAN ALBA ARACELY	616.000	2,436	I
2	1120	25/08/2014	26/08/2014	C - 53164720	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE	616.000	2,436	I

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana y solicite una reclasificación o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 o en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades.
Positiva Compañía de Seguros S.A.

Certificado impreso el día 25/08/2014 3:46:26 p. m. por la pagina web http://www.positivaenlinea.gov.co

axM f216feaa988d85233b6deda29308f565

Hospital Simón Bolívar	REQUISICIÓN DE PERSONAL ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIO	Código: GTH-FO-295-002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 2	

1. ÁREA URGENCIAS 2. CENTRO DE COSTO BO1A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD: MEDICO GENERAL PARA LA ATENCION, VALORACION DE PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS (ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA)

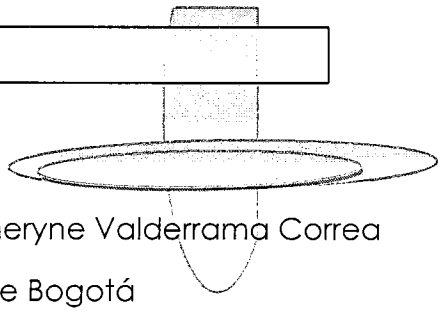
4. COMPETENCIAS	4.1 Educación: (Estudios que se requieren) Medico General
	4.2 Objeto de la Orden: Medico General Urgencias 90 horas
	4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades) 1 Año Urgencias
	4.4 .Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia) No Aplica
	4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos) ACLS – BLS – PALS – PHTLS-cursos de trauma- manejo de emergencias y desastres –cursos de manejo de vía aérea.- conocimientos en sedación y analgesia y soporte de paciente critico.
	4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar) ACLS – BLS – PALS – PHTLS
	4.7 Habilidades: (Señale las capacidades, aptitudes y actitudes requeridas para el desarrollo de actividades) • Responsabilidad – puntualidad - orden –liderazgo – capacidad de toma rápida de decisiones • Capacidad para establecer, mediante la comunicación verbal y no verbal, un clima de respeto, compromiso, confianza y empatía para construir una alianza proactiva entre el paciente y el médico. • Capacidad para abordar problemas profesionales concernientes al dominio de la medicina general en el área de urgencias, con el fin de proponer soluciones plausibles a los problemas profesionales y evaluar los resultados de su práctica para mejorar, continuamente, la salud individual y colectiva • Capacidad para utilizar las tecnologías de la información y comunicación para solucionar los problemas en la práctica profesional, según necesidades del servicio se realizaran actividades en ambulancia
5. ACTIVIDADES	5.1 Actividades: (Relacione en detalle las actividades a desarrollar) • Realizar la historia clínica de acuerdo a manuales, normas y códigos de manera clara, precisa y concreta definiendo diagnostico, planes de manejo y conductas a seguir • Valoración medica, resolución de la urgencia y condición clínica en el paciente, reconocer los límites de su competencia y responsabilidad, recabando la interconsulta con otros niveles asistenciales o especialidades cuando la situación clínica así lo requiera. • Asistencia inicial al paciente poli traumatizado con estabilización del mismo y seguimiento hasta que sea asumido por la especialidad si así lo requiere. • Clasificación triage • Consulta urgencias • Estabilización de pacientes críticos • Realización de maniobras de reanimación básica y avanzada • Velar por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva de la atención de urgencias • Tener la disposición para atención en el servicio de urgencias y APH

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

Medica Egresada de la Universidad de Boyacá, con capacidad para atender problemáticas de salud en todos los ámbitos de atención médica. Experiencia en el manejo de problemas de salud en áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, integrándose con el equipo de trabajadores de la salud.

Soy una profesional con grandes valores morales y éticos, sensibilidad social y capacidad de adaptación al medio rural y urbano. Tengo vocación de servicio frente a la sociedad y pretendo que mi ejercicio profesional pueda ayudar a mitigar las problemáticas de la región donde ofrezca mis servicios

INFORMACION PERSONAL



NOMBRE	Angela Katheryne Valderrama Correa
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53.164.726 de Bogotá
FECHA DE NACIMIENTO	25 abril 1985
LUGAR DE NACIMIENTO	Cali - Valle
ESTADO CIVIL	Soltera
DIRECCIÓN	Kra 50 no. 163b - 80 int 3 apto 204
TELÉFONO	310 331 90 55
E-MAIL	katheryn116@yahoo.com

INFORMACION ACADEMICA

- **UNIVERSITARIOS :**

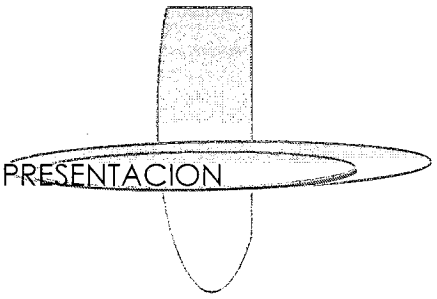
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
Especialización En Salud Ocupacional
2013

UNIVERSIDAD DE BOYACA
Medico Cirujano
2009

- **ESTUDIOS SECUNDARIOS:**

COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACION
Bachiller Académico
Duitama - Boyacá
2002

- **ESTUDIOS PRIMARIOS:**



COLEGIO CIUDADELA EDUCATIVA LA PRESENTACION
Cali - Valle
1992

- **CURSOS:**

DIPLOMADO EN CALIFICACION LABORAL. Fundación Universitaria San José. 24/10/2014.

MANEJO INTEGRAL EN CUIDADO INTENSIVO. Salamandra Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias. Marzo 17 del 2013. Vigencia 2 años. Intensidad 30 horas.

RECERTIFICACION BLS- ACLS. SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. junio 2012 Bogotá – Colombia. Intensidad 48 horas.

PRIMER SUMMIT ATENCION PRIMARIA EN COLOMBIA. Congreso Medico Latinoamericano de Atención y cuidado Primario. P.L.A. 9, 10 y 11 de junio. Intensidad 27 horas.

TALLER PRACTICO SOBRE INFILTRACIONES. Organización de capacitación P.L.A. Export. 11 deJunio 2012 Bogotá.

SIMPOSIO MANEJO DEL QUINTO ESLABON EN REANIMACION CUIDADOS INTEGRADOS POSPARO. Comité Nacional de Resucitación. 10 y 11 de febrero del 2012.

CURSO DE ELECTROCARDIOGRAFIA. Grupo de Reanimación S.A.S. centro de entrenamiento en Emergencia y Urgencias. 3 de Diciembre 2011. Intensidad 20 horas.

JORNADA PRIMER RESPONDIENTE EN SALUD MENTAL. Hospital Simón Bolívar. 30 de agosto 2011. Intensidad 8 horas.

REANIMACION NEONATAL. La Fundación Universitaria Sanitas. 27 agosto 2011. Intensidad 8 horas.

INITIAVE TO DECREASE CARDIOVASCULAR RISK AND INCREASE QUALITY OF CARE FOR PATIENTS LIVING WITH HIV/ AIDS. The Amerivan Heart Association. 8 agosto 2011.

12 CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO DE ATENCION Y CUIDADO PRIMARIO IPMA 2011. Organización P.L.A. Export Editores S.A. julio 2,3, y 4 de 2011 Bogotá. Intensidad 20 horas.

TALLER RESISTENCIA A LA INSULINIZACION UN PROBLEMA MEDICO. IPMA 2011 Congreso Medico Latinoamericano de Atención y Cuidado Primario. 3 de julio 2011.

ACTUALIZACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Universidad de La Sabana. 2 de julio 2011. Intensidad 8 horas.

PROVEEDOR DE PALS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. julio 2011 Bogota – Colombia. Intensidad 48 horas.

CURSO PHTLS Militar. The National Association of Emergency Medical Technicians a través de la Fundación Salamandra. 14 y 15 de mayo 2011.intensidad 20 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, Low intermediate level. California. January 2011. Intensidad 217 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, high beginning level. California. Octuber 2010. Intensidad 39 horas.

ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE. San Mateo Union High School District Adult School and Community Education San Mateo, beginning conversation. California. octuber 2010. Intensidad 45 horas.

PROVEEDOR ACLS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de capacitación P.L.A. Export

Editores S.A. 3 y 4 de julio 2010 Bogotá – Colombia. Intensidad 30 horas.

PROVEEDOR BLS SEGÚN LAS NORMAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION. Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores S.A. 2 de julio 2010 Bogotá – Colombia. Intensidad 20 horas.

11 CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO DE ATENCION Y CUIDADO PRIMARIO IPMA 2010. Organización P.L.A. Export Editores S.A. julio 3,4, y 5 de 2010 Bogotá. Intensidad 27 horas.

TALLER PRACTICO SOBRE INFILTRACIONES. Organización de capacitación P.L.A. Export. Julio 2010 Bogotá. Intensidad 4 horas.

FUNDAMENTOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Montería 25 de junio del 2008. Intensidad 40 horas.

ENGLISH DISCOVERIES- BASICO I. El servicio Nacional de Aprendizaje SENA. San Andrés 5 de junio del 2008

PLANIFICACION FAMILIAR. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Cartagena 29 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

CONTROL DE LA INFECCION DEL MEDIO HOSPITALARIO (DESINFECCION) El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Cartagena 27 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

ORIENTACION EN LA PLANIFICACION FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA Cartagena 27 de mayo 2008. Intensidad 40 horas.

II JORNADA ACADEMICA INTERDICIPLINARIA DIABETES MELLITUS. Universidad de Boyacá, Tunja 08 de abril del 2008.

PRIMER CONGRESO DE EXALUMNOS MEDICINA. Universidad de Boyacá, Tunja 01 de noviembre del 2007. Intensidad 8 horas.

SIMPOSIO DE TRAUMA INTERVENCION EN LAS FRONTERAS DE LA VIDA PRIVILEGIANDO SU CAPACIDAD DE RESPUESTA. Centro

Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias. Bogotá 9 de noviembre del 2007. Intensidad 8 horas.

SEMINARIO DE ACTUALIZACION GUIAS OFICIALES ACORL PARA MANEJO DE PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN OTORRINOLARINGOLOGIA. Asociación Colombiana de otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. Paipa 20 de octubre del 2007

TALLER MEDICINA FORENSE LESIONES PERSONALES. PRIMER ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRACTICA DE LOS PROFESIONALES EN SALUD. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Tunja 7 y 8 de septiembre del 2007.

TALLER DE CERTIFICACION DE MUERTE. PRIMER ENCUENTRO REGIONAL SOBRE ASPECTOS FORENSES EN LA PRACTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Tunja 7 y 8 de septiembre del 2007.

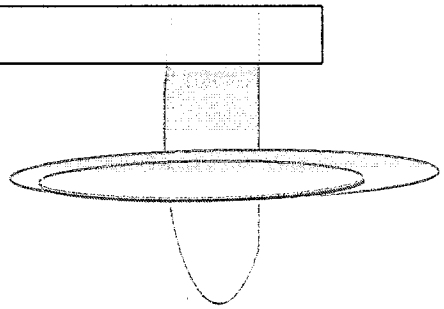
ISQUEMIA – LESION Y NECROSIS MIOCARDICA ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA Y ARRITMIAS CARDIACAS. Universidad del Bosque. Bogotá 13 de mayo del 2006. Intensidad 8 horas.

PRIMERA JORNADA CIENTIFICA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD. Universidad de Boyacá. Tunja 28 y 29 de septiembre 2005.

I SEMINARIO DE BIOTECNOLOGIA E INMUNOLOGIA. Universidad de Boyacá. Tunja 1 de septiembre del 2005.

MANEJO PRE Y HOSPITALARIO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES. Fundación Universitaria de Boyacá. Tunja 18 y 19 de noviembre 2003.

EXPERIENCIA LABORAL



CODESS
Medico Laboral calificador
11 de marzo del 2014-
286 05 55

COLMEDICOS
Médico especialista en Salud Ocupacional
15 junio 2013 – 8 de marzo del 2014
7470280

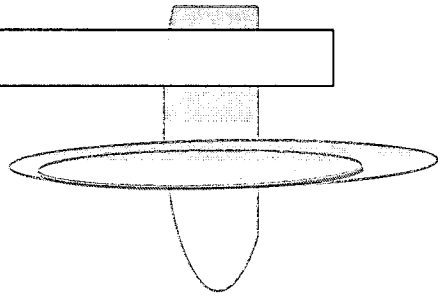
CLINICA UNIVERSITARIA DE LA SABANA
Médico de Urgencias
24 enero del 2014 – 30 mayo 2014
8617777

HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL
Medico Urgencias y Atención Pre hospitalaria
16 febrero 2011- 31 de marzo del 2014
6767940

HOSPITAL SUBA II NIVEL
Medico en Atención Pre hospitalaria.
1 junio 2011- 31 de enero del 2013

E.S.E. SALUD NOBSA
Medico en SSO.
7 julio 2009 al 6 de julio de 2010
CALLE 4 NO. 9 – 51
Nobsa - Boyacá
(8) 7773017

REFERENCIA FAMILIAR



- Betty Correa
- Enfermera Jefe
- Hospital Sogamoso
- Cel 3005662852

REFERENCIA PERSONAL

- Jorge Ecury
- Coordinación de urgencias
- Clínica Fundadores
- Tel: 320 4678473

- Gustavo López Corredor
- Medico Anestesiólogo
- Clínica San Javier. Sogamoso.
- Cel 3004831426 - 3133916688

- Pedro Pablo Becerra
- medico Urgencias
- Clínica Corpas
- Cel 314491544

Ángela Katheryne Valderrama C.

Ángela Katheryne Valderrama Correa

53.164.726 Bogotá
RM. 1299-10
Resolución 7152 del 2013

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VALDERRAMA	CORREA	ANGELA KATHERYNE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53164726

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 25 MES 04 AÑO 1985

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: VALLE

MUNICIPIO: CALI

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: KRA 50 N°1630-80 INT3 APT304

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA

TELÉFONO: 3103319055 EMAIL: katheryn16@yahoo

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10 X	MES 12 AÑO 2002

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		MEDICO CIRUJANO	06	2009	1299-10
ES	2	X		ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL	09	2013	7152

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
INGLES		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SIMON BOLIVAR	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6767990	DÍA 16 MES 07 AÑO 2011	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico Urgencias	Urgencias	Kra 7N° 165-10

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital de Suba	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3230022	DÍA 01 MES 06 AÑO 2011	DÍA 02 MES 10 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Apoyo Profesional Urgencias	Urgencias	Carrera 60 46-23.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Chia	clinicauniversidad.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8617777	DÍA 28 MES 01 AÑO 2019	DÍA 03 MES 06 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	Urgencias	Adcelitante 4m7

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	4	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ● ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota, 05/12/2019

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 65005579

WEB
13:10:51

Bogotá DC, 03 de diciembre del 2014

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 53164726:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Bogotá, D.C., 03 de Diciembre de 2014

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor (a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VENTISEIS de BOGOTA D.C

53164726

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

El certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reportan las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 -Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.
CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO

OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este certificado está firmado digitalmente, si requiere verificar su autenticidad comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

19

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 3 de diciembre de 2014, a las 13:12:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	53.164.726
Código de Verificación	1843840382014

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SILVANO GÓMEZ STRAUCH

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 03/12/2014 a las 13:13:07 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 53164726 y Nombres: VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Solicitudes, Quejas, Reclamos

Políticas de Seguridad | Políticas de Privacidad y Uso

Mapa del Sitio | LOGIN

Manual de Navegación

Prosperidad para todos

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

16

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Nacionalizado La Presentación

Duitama, Boyacá

Autorizado hasta Nueva Visita por la Secretaría de Educación de Boyacá,
según Resolución No. 001131 del 6 de diciembre de 2001,

Confiere a:

Angela Katheryne Valderrama Correa

Identificada con T.I. No. 850425-44618 de Cali

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Hna. Fanny Yolanda Barrantes Muñoz
Rectora

María Eugenia Agudelo Colmenares
Secretaria

Anotado al Folio No. Libro de Registro No.

Dado en Duitama, Boyacá, a 30 de noviembre de 2002

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Promedio

17

INSTITUCION COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACIÓN

DIRECCION CARRERA 15 No. 16 – 46 ~~311832~~

TELEFONO 7604090 Inscripción S.E. 315238000085

JORNADA ORDINARIA Inscripción DANE

ACTA DE GRADO

En la ciudad de DUITAMA a los 7 días del mes de Diciembre

del año 2002 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos

Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO NACIONALIZADO LA PRESENTACION

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el Nivel de Educación Media ACADEMICO y autorizada

por MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO

según Resolución Nº 1131 de 6 de Octubre del 2001

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios

correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE T.I. 850425-44618 CALI

Es fiel copia tomada del Acta original general Nº 21 de fecha DICIEMBRE 06 DE 2001

que consta de 87 alumnos que comienza con el nombre de ACOSTA RAMIREZ ANDREA CAROLINA

y se cierra con el nombre de ZAMBRANO BARRERA ANA MARÍA

firmado y sellado por HNA. FANNY YOLANDA BARRANTES MUÑOZ (Rector) y

MARIA EUGENIA AGUDELO COLMENARES (Secretario).

Dada en DUITAMA a los 28 días del mes de ENERO del 2013

El Rector o Director

El Secretario

C.C. Nº 23.739.554

Firmado y Sellado

C.C. Nº

Firmado y Sellado

FISE

16

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 DE 16 DE SEPTIEMBRE DE 2004

En nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. No. 53.164.726 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C. - Cundinamarca

CURSÓ TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y POR LAS NORMAS LEGALES LE CONFIERE EL TÍTULO UNIVERSITARIO DE:

MÉDICA CIRUJANA

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
Reconócese este Título para todos los efectos legales: Resolución No. 1293
Ciudad 17 AGO 2010
FIRMA: Secretario

EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

DADO EN TUNJA A LOS 26 DEL MES DE JUNIO DE 2009

PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO FACULTAD

UNIBOYACA
LIBRO DE REGISTRO No. 13
FOLIO No. 3733
REGISTRO No. 7426
DIPLOMA No. 8151

10934

Universidad de Boyacá

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 del 16 de Septiembre de 2004
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 8151

En la ciudad de TUNJA el día 26 del mes de JUNIO de 2009 se llevó a cabo el acto de graduación presidido por EL SEÑOR PRESIDENTE Y LA SEÑORA RECTORA en el cual la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según ACUERDO No. 014 del día 09 del mes de NOVIEMBRE DE 1993 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

MÉDICA CIRUJANA

a: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

identificado (a) con C.C. No. 53.164.726 de BOGOTÁ D.C quien cumplió con los requisitos académicos con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y con las normas legales y le otorgó el Diploma No. 8151 que lo acredita como PROFESIONAL para lo cual presentó el trabajo de grado titulado:

---

calificado como _____ en fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad de TUNJA a los 26 días del mes de JUNIO de 2009 por quienes en esta graduación intervinieron.

Libro de Registro No. 13

Folio No. 3733

Registro No. 7426

(El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Presidente Consejo Directivo, Rector, Secretario General y Decano de la Facultad).

Es fiel copia tomada del original.

SECRETARIO GENERAL

70

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSION: 0 CÓDIGO: SS-P12-F01
	RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN	FECHA: 01/07/2009

RESOLUCIÓN NUMERO 1299 DE

17 AGO 2010

Por la cual se registra un Titulo y se confiere una autorizaciòn.

El Secretario de Salud de Boyacà en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, y,

CONSIDERANDO:

Que ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA , identificada con Cédula de Ciudadanìa Número 53.164.726 expedida en Bogotà, ha solicitado el registro de su titulo como MEDICA CIRUJANA que le otorgó LA UNIVERSIDAD DE BOYACA de la ciudad de Tunja el dìa 26 de Junio de 2009 .

Que dicho título se encuentra registrado en LA UNIVERSIDAD DE BOYACA , Libro de Registro N°13 , Folio N°3733 , Registro No 7426 , Diploma N°8151 .

Que el aludido profesional cumplió con el Servicio Social Obligatorio en LA E.S.E. "SALUD NOBSA" DE NOBSA , en el período comprendido entre el 7 de Julio de 2009 y el 6 de Julio de 2010, .

02 FEB 2011

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Titulo y autorizar el ejercicio de la profesiòn de MEDICA CIRUJANA a ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA con Cédula de Ciudadanía Número 53.164.726 expedida en Bogotà en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resoluciòn rige a partir de la fecha de expediciòn.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los, 17 AGO

LUIS CARLOS OLARTE CONTRERAS
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.
Elaboro: Rosa Maria Mesa

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. 53.164.726 de Bogotá, D.C.

EL TÍTULO DE

Especialista en Salud Ocupacional

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 26 DÍAS DEL MES ABRIL DE 2013

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

ro de Registro No. 9
a de Grado No. 260
io No. 154
gistro Profesional No. 020913

01839

2

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 260 LIBRO No. 9 FOLIO No. 154

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

Angela Katheryne Valderrama Correa

C.C. No. *53.164.726 de Bogotá, D.C.*

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

Especialista en Salud Ocupacional

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 26 DIAS DEL MES ABRIL DE 2013

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

~~DIRECTOR DE PROGRAMA~~

SECRETARIO GENERAL

No. 01839

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

RESOLUCION No. 7152 de 18/06/2013

Por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

LA DIRECTORA DE *DESARROLLO* DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere la Resolución 1429 del 19 de Marzo de 1997 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA Identificado(a) con C.C. 53.164.726 de BOGOTA D.C., ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En merito de lo expuesto, la Directora de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaria Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA Identificado(a) con C.C. 53.164.726 de BOGOTA D.C., como MEDICA CIRUJANA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

1. MEDICO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
2. EDUCACION Y CAPACITACION.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.

15 1299/2010

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

C.C. o C.E.

CC 53164726

De

BOGOTÁ, D.C.

Institución de Educación

UNIBOYACA

Ciudad

TUNJA

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

25

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ANGELA KATHERYNE
VALDERRAMA CORREA

C.C. 53164726

MEDICO(A)

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ, D.C.

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO HUMANO
DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD
DE LA SABANA
NIT 832.003.167-3

CERTIFICA

Que **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificada con **C.C.53.164.726** estuvo vinculada en nuestra Institución con un contrato a término indefinido desde el 28 de enero de 2014 hasta el 03 de junio de 2014, desempeñándose como **MÉDICO GENERAL**, Con una dedicación laboral de 120 horas mensuales, lo que equivale al 50% del tiempo trabajado y un salario mensual por valor de **UN MILLÓN VEINTE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($1.020.586).** Adicionalmente recibió bonos no constitutivos de salario por valor de **CUATROCIENTOS TRECE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE ($413.751).**

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 03 días del mes de junio de 2014.

Cordial saludo,

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
NIT. 832.003.167-3
DESARROLLO HUMANO

ADRIANA MILENA GARCÍA LEÓN
DIRECTORA DESARROLLO HUMANO

Alexandra R.

[redacted]

Autopista Norte - Km. 7. Teléfono: 8617777
FAX: 8617777 Ext: 1290 Correo: info@clinicaunisabana.edu.co
www.clinicaunisabana.edu.co Chía, Cundinamarca, Colombia
Vigilado SUPERSALUD

Servicios & Asesorías s.a.
Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

LA COORDINACION DE SERVICIO AL CLIENTE

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificado (a) con cédula de ciudadanía número 53.164.726 labora en misión para nuestra empresa cliente **HOSPITAL DE SUBA E.S.E.** desempeñando el cargo como apoyo temporal **APOYO PROFESIONAL MEDICO 8 HORAS URGENCIAS** durante los siguientes periodos:

Desde 1/06/2011 al 16/08/2011
Desde 6/09/2011 al 11/04/2012
Desde 2/10/2012 a la fecha.

Con un contrato por obra o labor determinada devengando un salario básico mensual de $1.550.000 (UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS) y otros ingresos que no constituyen salario de $1.674.000 (UN MILLON SESICIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS)

Se expide a solicitud del interesado a los (3) días del mes de diciembre de 2012 en la ciudad de Bogotá D.C.

JORGE EDUARDO RUGE
Coordinador SAC
Servicios y Asesorias S.A.

Bogotá, D.C., 27 de Junio de 2012

EL LIDER
DEL
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR:

Que, el señor(a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No.53.164.726** presta sus servicios mediante la Orden de Suministro de Servicios como **PROFESIONAL UNIVERSITARIO (MÉDICO)** en el área **ASISTENCIAL**, desde el día 16 de Febrero de 2011, recibiendo por honorarios mensuales: la suma de **($5.670.000) Cinco millones Seiscientos Setenta mil pesos M/cte.**

Se deja constancia que entre el señor (a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA** y el **HOSPITAL SIMON BOLIVAR**, no existe relación laboral alguna, ni vinculación diferente a la derivada del contrato que le permite suministrar sus servicios en el área Asistencial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

JULIO CESAR GUERRA MORENO
LIDER
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

Proyectó: Marcela Medina

Empresa Social del Estado
Salud Nobsa

CERTIFICACION

FRANCIS TOBO SIACHOQUE GERENTE DE LA ESE SALUD NOBSA
HACE CONSTAR:

Que la doctora **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA** identificada con la cédula de ciudadanía No. 53.164.726 de Bogotá, desempeñó el cargo de Médico General en Servicio Social Obligatorio en la Empresa Social del Estado Unidad de Salud Nobsa, nombrada mediante acta de posesión No. 015 del 06 de Julio de 2009. La citada profesional desempeño el cargo mencionado durante el periodo de tiempo comprendido entre el 07 de Julio de 2009 al 06 de Julio de 2010, cumpliendo con los programas y actos previstos.
El cargo, sede y localidad antes mencionados son válidos para la prestación del Servicio Social Obligatorio, cuya plaza fue aprobada por la Gobernación de Boyacá y la Secretaría de Salud de Boyacá, mediante la resolución No. 689 del 06 de Mayo de 2008, mediante la cual se aprueba una plaza para la prestación del Servicio Social Obligatorio, registrada bajo el número M–298. En concordancia la doctora ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA ha cumplido el Servicio Social Obligatorio de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

En constancia se firma en Nobsa, a los 06 días del mes de Julio de 2010

Atentamente,

FRANCIS LILIANA TOBO SIACHOQUE
Gerente ESE Salud Nobsa

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.164.726**

VALDERRAMA CORREA
APELLIDOS

ANGELA KATHERYNE
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ABR-1985**
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-MAY-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500117-42117902-F-0053164726-20030916 03867 03259A 01 149935634

PROFESIONAL DE LA SALUD

Profesional de la salud

American Heart Association®

VALDERRAMA LOPEZ ANGELA

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa Soporte Vital Básico (SVB/BLS) de la American Heart Association para profesionales de la salud (RCP y DEA).

Julio 6 de 2016 — Julio 6 de 2016

Fecha de emisión — Fecha de actualización recomendada

PROFESIONAL DE LA SALUD

Nombre del centro de entrenamiento: P.L.A Export Editores S.A ZL20074

Información del centro de entrenamiento: Bogotá -Colombia 6193036

Lugar del curso: Bogotá -Colombia

Nombre del instructor: Alexandra Martinez 01112258009

Firma del titular

© 2011 American Heart Association *Manipular esta tarjeta alterará su apariencia.* 80-2321US

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Proveedor de SVCA/ACLS

American Heart Association®

VALDERRAMA CORREA ANGELA

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

~~Julio 6 de 2014~~
Fecha de emisión

Julio 6 ~~de 2016~~
Fecha de actualización recomendada

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Nombre del centro de entrenamiento: B.L.A Export Editores S.A ZL20074

Información del centro de entrenamiento: Bogotá -Colombia 6193036

Lugar del curso: Bogotá -Colombia

Nombre del instructor: Alexandra Martínez 01112258009

Firma del titular

© 2011 American Heart Association *Manipular esta tarjeta alterará su apariencia.* 90-2319US

38

compensar

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

COMPENSAR EPS

Nit. 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53.164.726, se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro
20140821	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), en Bogotá a los 3 días del mes de Diciembre de 2.014

OBSERVACIONES:

Con destino a:

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Información sujeta a verificación por parte de Compensar EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

Compensar EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA

CER-AFI 4215013

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001
IQNet

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **53,164,726**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 03 días del mes de Diciembre de 2014.

Gerente de Clientes

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14301206908

(415)7707212489984(8020) 000001430120690 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 1 6 4 7 2 6	5	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	53164726	2003 05 26

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALDERRAMA	CORREA	ANGELA	KATHERYNE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 20 A 173 A 03 IN 8 AP 332

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angelakatherynev@hotmail.com		5266073	3204938094

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8621	2009 06 09					2221	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	5																	

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2014 07 12

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

R.C. como consecuencia de cualquier eacto medicoe derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

R.C. consecuencia de asistencia medica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado

LIMITE VALOR ASEGURADO:

$ 500.000.000 evento / agregado anual

R.C. daños morales sublimitado al 25% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

Gastos judiciales sublimitado 20% del limite asegurado evento / vigencia Este valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exceso de este.

PRIMA ANUAL SIN IVA:

$197.746

DEDUCIBLES:

co 10% MINIMO $1.000.000 No opera para Gastos Medicos Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

NO SE OTORGA

R.C. Extracontractual Bienes bajo cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado. Errores e inexactitudes diferentes al la prestación del servicio de salud. Renovación automática R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas Los procedimientos esteticos y de cirugía plástica salvo que se trate de una cirugía reconstructiva en caso de accidente.

NOTA: se aclara que el asegurado beneficiario labora o presta sus servicios profesionales en otras entidades además de la detallada en el sistema interno de emisión.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A

- FIN DE LA SECCION -

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/03. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 0008 DE JUNIO 21 DE 2013
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1042

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA — No. ORDEN 2265
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726 — CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS
DURACIÓN DE LA ORDEN 04 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2015 MES 04 DÍA 15 — FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 07 DÍA 31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 25.200.00 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`300.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.07.2015 - 31.07.2015 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 07/23/2015 11:55:15
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA_DE_AFILIACION_ENTIDAD	TIPO_DE_AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2011	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8303630204

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8303630204
Fecha de Pago	7/23/2015
Número de Autorización de Pago	3630204
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Julio 2015
Periodo Cotización Pensión	Julio 2015
Periodo Cotización Caja	Julio 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$727.800
Total Interes Mora	$9.600

CODIGO ADMINISTRADOR	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$408.600	1
EPS008	Compensar EPS	$319.200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1024

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA — No. ORDEN 2265

CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726 — CENTRO DE COSTO: BOIA

OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS

DURACIÓN DE LA ORDEN 05 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180

FECHA INICIO: AA 2015 MES 04 DÍA 15 — FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 08 DÍA 31

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 31.080.00 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 5'880.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.08.2015 - 31.08.2015 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 168

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 08/19/2015 19:11:43
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA_DE_AFILIACION_ENTIDAD	TIPO_DE_AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2011	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de las Resoluciones 1344 de 2012 y 2629 de 2014 que modifica el anexo técnico de la Resolución 5512 de 2013.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8304435036

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR/
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8304435036
Fecha de Pago	8/19/2015
Número de Autorización de Pago	4435036
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Agosto 2015
Periodo Cotización Pensión	Agosto 2015
Periodo Cotización Caja	Agosto 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$725,500
Total Interes Mora	$7.300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$407.300	1
EPS008	Compensar EPS	$318.200	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	53164726
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1031

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA — No. ORDEN 2265
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726 — CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS
DURACIÓN DE LA ORDEN 06 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2015 MES 04 DÍA 15 — FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 09 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 37.380.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`300.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.09.2015 - 30.09.2015 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES- ASISTENCIA A ACTIVIDADES A EDUCACION MEDICA CONTINUA	X		NO ASISTIO A CAPACITACION CADENA DE CUSTODIA
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 09/17/2015 05:52:42
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA_DE_AFILIACION_ENTIDAD	TIPO_DE_AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2011	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8305232787

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR/
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8305232787
Fecha de Pago	9/16/2015
Número de Autorización de Pago	5232787
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2015
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2015
Periodo Cotización Caja	Septiembre 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$725.000
Total Interes Mora	$6.800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$407.000	1
EPS008	Compensar EPS	$318.000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 09/08/2015 20:28:50
Estación de origen: 186.29.203.30

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA_DE_AFILIACION_ENTIDAD	TIPO_DE_AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2011	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8305232787

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR/
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8305232787
Fecha de Pago	9/16/2015
Número de Autorización de Pago	5232787
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2015
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2015
Periodo Cotización Caja	Septiembre 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$725.000
Total Interes Mora	$6.800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$407.000	1
EPS008	Compensar EPS	$318.000	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	53164726
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1050

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 2265
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 03 MES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2015 MES 04 DÍA 15	FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 06 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 18.900.00	VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`300.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.06.2015 - 30.06.2015	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 06/18/2015 19:05:07
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA_DE_AFILIACION_ENTIDAD	TIPO_DE_AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2011	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de las Resoluciones 1344 de 2012 y 2629 de 2014 que modifica el anexo técnico de la Resolución 5512 de 2013.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8302819723

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

	ANGELA KATHERYNE VALDERRA
	CC 53164726
	8302819723
	6/16/2015
	1000000794
	1001
	$0

	1
	Junio 2015
	Junio 2015
	Junio 2015
	2
	$725.000
	$6 800

230301	Porvenir	$407.000	1
EPS008	Compensar EPS	$318.000	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	53164726
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar miplanilla.com

Fecha de Pago: 6/16/2015 12:00:00 AM

Periodo Contable Salud: 6/2015

Empresa: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA

NIT: 53164726

Planilla Asociada: 8302819723

Planilla Asociada Operador: 1000000794

Número de Autoliquidaciones: 2

Número de Empleados: 1

Total General: $725.000,00

Medio de Pago: Pago en Cajas

Sucursal: 1001

Consecutivo	NIT	Nombre	*Número de incapacidad(es) y/o licencia(s) de maternidad	Valor descontado por incapacidad y/o licencia	Total a Pagar	Días a Cotizar
230301	800224808	Porvenir			$407.000,00	1
EPS008	860066942	Compensar EPS		$0,00	$318.000,00	

Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

Le informamos que el pago de la planilla No. 8302819723, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, va que la Ley establece la obligatoriedad de reci

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

1015

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 1719
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO GENERAL URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 03 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 90
FECHA INICIO: AA 2015 MES 02 DÍA 01	FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 04 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 8'640.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 2`880.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.03.2015 - 31.03.2015	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 90

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO YENTREGA DE TURNO CON EL DILIGENCIMIENTO DE LOS LIBROS CORRESPONDIENTES, Y VELAR POR EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.	X		
2	EVOLUCION DE PACIENTES	X		
3	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	X		
4	REANIMACION CARDIOPULMONAR	X		
5	SUPERVISION DE INTERNOS	X		
6	TRIAGE, Y CONSULTA DE URGENCIAS	X		
7	SOLICITUD DE INTERCONSULTAS	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8300660996

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR/
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8300660996
Fecha de Pago	3/17/2015
Número de Autorización de Pago	30201573
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Período Cotización Salud	Marzo 2015
Período Cotización Pensión	Marzo 2015
Período Cotización Caja	Marzo 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$331,400
Total Interés Mora	$3.100

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$186.000	1
EPS008	Compensar EPS	$145.400	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	53164726
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	1.152.000	1.152.000	0	0	144.000	184.300	0	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

Identificación	53164726	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	6744188
Razon Social	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	Dirección	kr 50 no 163 b 80 in 1 ap 304	Fecha Pago	17/03/2015
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Marzo-01
Banco	1023	No. Planilla	8300660996	Periodo Pensión	Marzo-01
Total a Pagar	$331,400	Total Intereses Mora	$3,100	Estado	Pagada
Número Dias en Mora	12				

PENSIÓN

Codigo	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interes Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$1,152,000	$184,300	$0	$0	$0	$0	$1,700	184300	$186,000
Totales				$1,152,000	$184,300	$0	$0	$0	$0	$1,700	$184,300	$186,000

SALUD

Codigo	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interes Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	1	$1,152,000	$144,000	$0	$1,400		$0		$0		144000	$145,400
Totales				$1,152,000	$144,000	$0	$1,400		$0		$0		$144,000	$145,400

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

Firma del Supervisor

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1019

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA — No. ORDEN 1719
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726 — CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO GENERAL URGENCIAS
DURACIÓN DE LA ORDEN: 03 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 90
FECHA INICIO: AA 2015 MES 02 DÍA 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 04 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 8'640.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 2`880.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.04.2015 - 14.04.2015 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 90

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO YENTREGA DE TURNO CON EL DILIGENCIMIENTO DE LOS LIBROS CORRESPONDIENTES, Y VELAR POR EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.	X		
2	EVOLUCION DE PACIENTES	X		
3	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	X		
4	REANIMACION CARDIOPULMONAR	X		
5	SUPERVISION DE INTERNOS	X		
6	TRIAGE, Y CONSULTA DE URGENCIAS	X		
7	SOLICITUD DE INTERCONSULTAS	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1019

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 2265
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 01 MES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2015 MES 04 DÍA 15	FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 04 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 6.300.00	VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`300.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 15.04.2015 - 30.04.2015	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Número de Planilla

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre:	ANGELA KATHERYNE VALDERR
Tipo y Número de Identificación:	CC 53164726
Número Planilla:	1691054
Fecha de Pago:	4/15/2015
Número de Autorización de Pago:	
Banco:	
Valor Comisión:	$0

Número de Empleados:	1
Periodo Cotización Salud:	Abril 2015
Periodo Cotización Pensión:	Abril 2015
Periodo Cotización Caja:	Abril 2015
Número de Administradoras:	2
Total Pagado:	$0
Total Interes Mora:	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$405.400	1
EPS008	Compensar EPS	$316.800	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	53164726
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

Identificación	53164726	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	6744188
Razón Social	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	Dirección	kr 50 no 163 b 80 in 1 ap 304	Fecha Pago	15/04/2015
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Abril-01
Banco	1001	No. Planilla	8301691054	Periodo Pensión	Abril-01
Total a Pagar	$722,200	Total Intereses Mora	$4,000	Estado	Pagada
Número Días en Mora	7				

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$2,520,000	$403,200	$0	$0	$0	$0	$2,200	403200	$405,400
Totales				$2,520,000	$403,200	$0	$0	$0	$0	$2,200	$403,200	$405,400

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	1	$2,520,000	$315,000	$0	$1,800		$0		$0		315000	$316,800
Totales				$2,520,000	$315,000	$0	$1,800		$0		$0		$315,000	$316,800

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Número de Planilla

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	1691054
Fecha de Pago	4/15/2015
Número de Autorización de Pago	
Banco	
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Período Cotización Salud	Abril 2015
Período Cotización Pensión	Abril 2015
Período Cotización Caja	Abril 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$0
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$405.400	1
EPS008	Compensar EPS	$316.800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

Identificación	53164726	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	6744188
Razón Social	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	Dirección	kr 50 no 163 b 80 in 1 ap 304	Fecha Pago	15/04/2015
Clase de Aportante	1 - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Abril-01
Banco	1001	No. Planilla	8301691054	Periodo Pensión	Abril-01
Total a Pagar	$722,200	Total Intereses Mora	$4,000	Estado	Pagada
Número Días en Mora	7				

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$2,520,000	$403,200	$0	$0	$0	$0	$2,200	403200	$405,400
Totales				$2,520,000	$403,200	$0	$0	$0	$0	$2,200	$403,200	$405,400

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	1	$2,520,000	$315,000	$0	$1,800		$0		$0		315000	$316,800
Totales				$2,520,000	$315,000	$0	$1,800		$0		$0		$315,000	$316,800

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1035

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 2265
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 03 MES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2015 MES 04 DÍA 15	FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 06 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 18.900.00	VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`300.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.05.2015 - 31.05.2015	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8302003539

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERRA
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8302003539
Fecha de Pago	5/19/2015
Número de Autorización de Pago	1000000155
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2015
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2015
Periodo Cotización Caja	Mayo 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$725.000
Total Interes Mora	$6.800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$407.000	1
EPS008	Compensar EPS	$318.000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

Identificación	53164726	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	6744188
Razón Social	ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	Dirección	kr 50 no 163 b 80 in 1 ap 304	Fecha Pago	19/05/2015
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Mayo-01
Banco	1001	No. Planilla	8302003539	Periodo Pensión	Mayo-01
Total a Pagar	$725,000	Total Intereses Mora	$6,800	Estado	Pagada
Número Dias en Mora	12				

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interes Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$2,520,000	$403,200	$0	$0	$0	$0	$3,800	403200	$407,000
Totales				$2,520,000	$403,200	$0	$0	$0	$0	$3,800	$403,200	$407,000

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interes Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	1	$2,520,000	$315,000	$0	$3,000		$0		$0		315000	$318,000
Totales				$2,520,000	$315,000	$0	$3,000		$0		$0		$315,000	$318,000

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SC 5306-1

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1035

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA — No. ORDEN 2265
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726 — CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS
DURACIÓN DE LA ORDEN 08 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2015 MES 04 DÍA 15 — FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 11 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 49.680.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`300.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.10.2015 - 31.10.2015 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES- ASISTENCIA A ACTIVIDADES A EDUCACION MEDICA CONTINUA	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	Nerys X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8305937069

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERR
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8305937069
Fecha de Pago	10/21/2015
Número de Autorización de Pago	1000000297
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Octubre 2015
Periodo Cotización Pensión	Octubre 2015
Periodo Cotización Caja	Octubre 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$726.700
Total Interes Mora	$8.500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$408.000	1
EPS008	Compensar EPS	$318.700	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	53164726
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 10/22/2015 09:30:22
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA_DE_AFILIACION_ENTIDAD	TIPO_DE_AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2011	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

1053

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA	No. ORDEN 2265
CÉDULA DE CIUDADANIA No 53164726	CENTRO DE COSTO: BOIA
OBJETO DE LA ORDEN: MEDICO SUPERVISOR URGENCIAS	
DURACIÓN DE LA ORDEN 08 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica) 180
FECHA INICIO: AA 2015 MES 04 DÍA 15	FECHA TERMINACIÓN: AA 2015 MES 11 DÍA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 49.680.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 6`300.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1.11.2015 - 30.11.2015	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	VERIFICACION OPORTUNIDAD RESPUESTAS DE INTERCONSULTA	X		
2	ACTIVACION DE ALERTA Y CADENA DE LLAMADAS	X		
3	VERIFICACION PUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS DE URGENCIAS	X		
4	VERIFICACION Y GESTION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	X		
5	ACTIVIDADES ASISTENCIALES- ASISTENCIA A ACTIVIDADES A EDUCACION MEDICA CONTINUA	X		
6	VERIFICACION Y GESTION DE DEFINCION DE CONDUCTAS Y TRASLADOS DE PACIENTES HOSPITALIZACION	X		
7	VERIFICACION Y GESTION DE REFERENCIAS DE INGRESO Y EGRESO.	X		

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	Nerys X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

C.C. 53164726
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CARLOS EDUARDO LUNA ZAPATA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

C.C. 17340171
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN _____

Señor(a): ANGELA KATHERYNE VALDERRAMA CORREA
No. Identificación: CC 53164726
Dirección: KR 50 NO 163 B 80 IN 1 AP 304
Teléfono: 6744188 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8306751728

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANGELA KATHERYNE VALDERRA
Tipo y Número de Identificación	CC 53164726
Número Planilla	8306751728
Fecha de Pago	11/19/2015
Número de Autorización de Pago	6751728
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Noviembre 2015
Periodo Cotización Pensión	Noviembre 2015
Periodo Cotización Caja	Noviembre 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	$725.600
Total Interes Mora	$7.400

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$407.400	1
EPS008	Compensar EPS	$318.200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53164726
APELLIDOS Y NOMBRES VALDERRAMA CORREA ANGELA KATHERYNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	2.520.000	2.520.000	0	0	315.000	403.200	0	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 11/19/2015 16:20:46
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53164726
NOMBRES	ANGELA KATHERYNE
APELLIDOS	VALDERRAMA CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA_DE_AFILIACION_ENTIDAD	TIPO_DE_AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2011	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 2232 de 2015, Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOS y EPS-S. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las Empresas Promotoras de Salud o a los entes territoriales y no al Ministerio de Salud y Protección Social o al Consorcio SAYP 2011.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA