TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
Sección Segunda – Subsección "C"
Calle 24 No. 53-28, Of 1-11, Torre C, Bogotá, D.C.
rmemorialessec02sctadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co

TRASLADO EXCEPCIONES

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2022

EXPEDIENTE	**:**	**25000234200020210040900**
DEMANDANTE	:	**GINA PAOLA CALDERON OSTOS**
DEMANDADO	:	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUS SUR OCCIDENTE E.S.E**
MAGISTRADO	:	**SAMUEL JOSÉ RAMÍREZ POVEDA**

La suscrita **OFICIAL MAYOR**, con funciones de **SECRETARIA**, en uso de las facultades otorgadas por el parágrafo 2º del artículo 175 de la ley 1437 de 2011, modificado por el artículo 38 de la ley 2080 de 2021; procede a:

Correr **TRASLADO A LAS EXCEPCIONES**, por el término de TRES (3) DIAS hábiles, de conformidad con el artículo 201A de la ley 1437 de 2011, este término empezará a correr a partir del segundo día hábil de esta fijación.



CONTESTACIÓBN DE DEMANDA - CASO - GINA PAOLA CALDERON OSTOS 2021-00409
Paula Tapias G <pavitaga23@gmail.com>
Mié 29/06/2022 11:30
Para:

- Recepcion Memoriales Seccion 02 Subseccion C Tribunal Administrativo - Cundinamarca <rmemorialessec02sctadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC:

- JUAN CARLOS LOSADA CAJIAO <archivooficinajuridicasrso@subredsuroccidente.gov.co>;
- notificacionesjudicialesadh@gmail.com <notificacionesjudicialesadh@gmail.com>

8 archivos adjuntos (21 MB)
1030545205 GINNA PAOLA CALDERON.rar; CONTESTACION DE DEMANDA - GINA PAOLA CALDERON OSTOS.pdf; PODER 2021-00409 GINA CALDERON.pdf; CC_51837463 DRA MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES.pdf; CED.pdf; DECRETO - GERENTE 2021.pdf; T.PROFESIONAL.png.pdf; Resolución de Nombramiento - GERENTE 2021.pdf;

HONORABLE MAGISTRADO
SAMUEL JOSÉ RAMÍREZ POVEDA
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA - ORAL SECCIÓN SEGUNDA
Ciudad

Asunto: CONTESTACIÓN DE DEMANDA
Radicación: 250002342000-2021-00409-00
Proceso: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO
Demandante: GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS
Demandada: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

Cordial saludo,

Por medio de la presente, respetuosamente yo, PAULA VIVIAN TAPIAS GALINDO identificada con cédula de ciudadanía No. 52816615 de Bogota y Tarjeta profesional No. 181893 del C.S.J., actuando en calidad de apoderada judicial, radicó, contestacion de demanda.

Datos de contacto: NOTIFICACIONESJUDICIALES@SUBREDSUROCCIDENTE.GOV.CO
pavitaga23@gmail.com
cel: 3123646691

PAULA VIVIAN TAPIAS GALINDO
Abogada
Conciliadora en Derecho
Especializada en Derecho Penal y Criminologia
Magister en Defensa en DH ante Cortes

"Nunca una noche ha vencido el amanecer y nunca un problema ha vencido a la esperanza."



REPUBLICA DE COLOMBIA

291365 RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

181893
Tarjeta No.

28/07/2009
Fecha de Expedicion

02/07/2009
Fecha de Grado

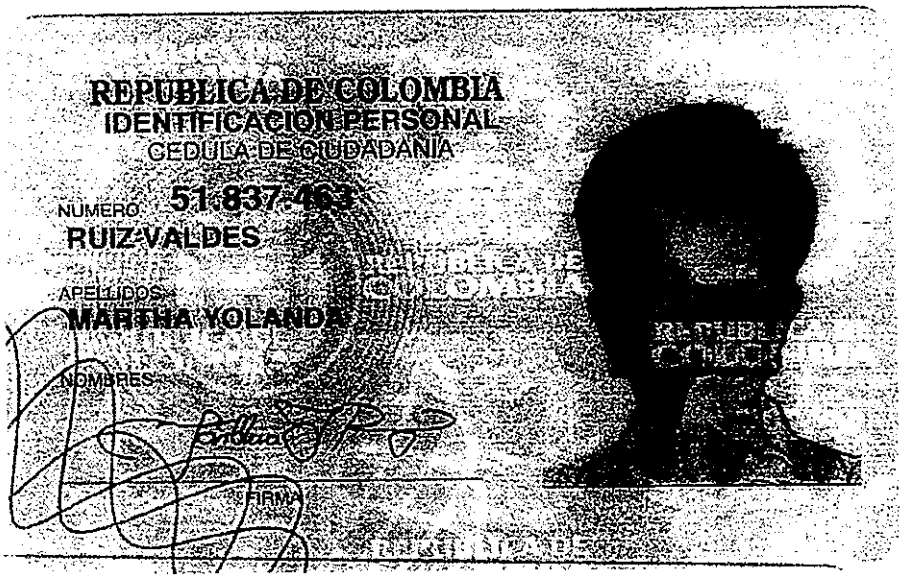
PAULA VIVIAN
TAPIAS GALINDO

52816615
Cedula

CUNDINAMARCA
Consejo Seccional

STO TOMAS/BOGOTA
Universidad

Maria Mercedes López Mora
Presidenta Consejo Superior de la Judicatura





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1966

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

10-ENE-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500100-00000881-F-0051837463-20080320 0000022230A 1 1680018326

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.816.615**

TAPIAS GALINDO

APELLIDOS

PAULA VIVIAN

NOMBRES



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1983**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

09-ABR-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500113-45129811-F-0052816615-20050607 **00011** 05158B 02 164513204

SU HONORABLE SEÑORÍA
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA SECCIÓN SEGUNDA SUB-SECCIÓN "C"
CIUDAD

Radicación:	**25000-23-42-000-2021-00409-00**
Proceso:	**NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**
Demandante:	**GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS**
Demandada:	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**
Asunto:	**Contestación de demanda**

PAULA VIVIAN TAPIAS GALINDO, identificada como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de apoderada judicial de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE; solicito respetuosamente a la Honorable Magistrada me sea reconocido personería adjetiva para actuar dentro del proceso; estando dentro de los términos legales, conforme lo establece el artículo 172 del C.P.A.C.A., en concordancia con el artículo 199 ibidem, modificado por el artículo 48 de la Ley 2080 de 2021, allego escrito contentivo contestación de demanda de Nulidad y Restablecimiento del Derecho presentada por la señora GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS a través de apoderado judicial, dentro del término señalado por el Despacho, me permito presentar la presente contestación de demanda.

I. REORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD DE BOGOTÁ

Los Hospitales Pablo VI de Bosa I Nivel, Bosa II Nivel ESE y Occidente Kennedy III Nivel, entre otros, fueron fusionados mediante el Acuerdo Número 641 de Abril 6 de 2016 "POR EL CUAL SE EFECTÚA LA REORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD DE BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL, SE MODIFICA EL ACUERDO 257 DE 2006 Y SE EXPIDEN OTRAS DISPOSICIONES" para lo cual dispuso en su Artículo Segundo "(…) Empresas Sociales del Estado de: Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada "Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E." (…)".

Así mismo, que respecto de los derechos y obligaciones de la ESE se determinó la subrogación de las mismas, "ARTÍCULO 5º. Subrogación de derechos y obligaciones. Subrogar en las Empresas Sociales del Estado, que resultan de la fusión ordenada mediante el presente Acuerdo, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas…"

La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - es una entidad pública descentralizada de carácter Distrital, dotado de personería jurídica, autonomía administrativa y

patrimonio propio, cuyo objeto principal es la prestación de servicios de salud como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en desarrollo de dicho objeto adelanta acciones y servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el Decreto 1876 de 1994 y el Acuerdo 641 de 2016 del Concejo de Bogotá D.C.

II. IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES

1. **Nombre del demandado:** Hospital de Fontibón E.S.E hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
   Domicilio: Calle 9 # 39 – 46 Oficina asesora jurídica Subred Integrada de servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
   Creación: Acuerdo Distrital Consejo de Bogotá No. 641 del 6 de abril de 2016.
   Representante legal: OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS
   Cedula de ciudadanía. 79.347.264 de Bogotá
   Nombramiento: Decreto de nombramiento No. 097 del 30 de marzo de 2020
   Acta de posesión: primero (01) de abril de 2020

   Nombre de apoderado judicial: Paula Vivian Tapias Galindo
   Cedula de ciudadanía: 52´816.615 de Bogotá
   Tarjeta profesional: 181893 del Consejo Superior de la Judicatura
   Dirección de notificación: Calle 9 # 39 – 46 Piso 2 Oficina Asesora Jurídica - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

III. DECLARACIONES Y CONDENAS

La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., SE OPONE a todas y cada una de ellas, por considerar que no existe lugar a la prosperidad de estas, por carecer de todo fundamento de hecho y de derecho, como se expondrá detalladamente en el presente escrito de contestación.

De igual manera, no procede ningún tipo de reconocimiento de emolumentos para las servidoras públicas, teniendo en cuenta que la Ley 784 de 2002, lo único que estableció fue la profesionalización de las instrumentadoras quirúrgicas en el territorio nacional, más no la obligación de las Entidades del Estado para modificar las plantas de personal como caso particular de dichas funcionarias. En atención al empleo que actualmente se encuentra ejerciendo la accionante en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., el cual corresponde al empleo de Técnico Área de Salud, Código 323, Grado 13, con funciones de instrumentador quirúrgico, lo cual puede ser verificado en el historial laboral, que demuestra que la señora GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS fue vinculada con los requisitos que

en su momento establecía el manual específico de funciones y competencias laborales, aportando título de técnico o tecnólogo en instrumentación quirúrgica, de acuerdo al procedimiento para nombramiento en empleos de que trata el Decreto 1950 de 1973.

De otra parte, el Decreto 785 de 2005, *"Por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004."*, en su artículo 21 estableció lo siguiente:

"Artículo 21. De las equivalencias de empleos. Para efectos de lo aquí ordenado, fíjanse las siguientes equivalencias de los empleos de que trata el Decreto 1569 de 1998, así:
(…)

Situación anterior		*Situación nueva*	
Cod.	Denominación	Cod.	Denominación
420	Instrumentador Quirúrgico	323	Instrumentador Quirúrgico

Como se observa, el antiguo nombre funcional del empleo de instrumentador quirúrgico, se estableció en el Decreto 785 de 2005 con el equivalente a Técnico Área Salud, del nivel técnico y no del nivel profesional.

Posteriormente, mediante Circular Conjunta No. 000076 del 21 de noviembre de 2005, expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Administrativo de la Función Pública, frente a la aplicación de la Ley 784 de 2002, se emitieron lineamientos para que las empresas del sector salud tanto públicas como privadas contemplaran la posibilidad de adecuar sus plantas de personal y el respectivo Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales, con el fin de apoyar la contratación de instrumentadoras con el nuevo perfil profesional; sin embargo, claramente manifestó: "(…) se precisa que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Sociales del Estado de naturaleza pública de orden nacional y territorial podrán modificar su planta de personal, de acuerdo con las necesidades del servicio. (…)" (Subrayas y negrilla fuera de Texto).

Al respecto, me permito informarle que el Decreto 1800 de 2020, "Por el cual se adiciona el Capítulo 4 al Título 1 de la parte 2 del Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de Función Pública, en lo relacionado con la actualización de las plantas globales de empleo.", estableció lo siguiente:

"ARTÍCULO 2.2.1.4.1. Actualización de plantas de empleo. Las entidades y organismos de la Administración Pública, con el objeto de mantener actualizadas sus plantas de personal, deberán adelantar las siguientes acciones mínimo cada dos años:

a. Analizar y ajustar los procesos y procedimientos existentes en la entidad.
b. Evaluar la incidencia de las nuevas funciones o metas asignadas al organismo o entidad, en relación con productos y/ o servicios y cobertura institucional.
c. Analizar los perfiles y las cargas de trabajo de los empleos que se requieran para el cumplimiento de las funciones.
d. Evaluar el modelo de operación de la entidad y las distintas modalidades legales para la eficiente y eficaz prestación de servicios.
e. Revisar los objetos de los contratos de prestación de servicios, cuando a ello hubiere lugar, garantizando que se ajusten a los parámetros señalados en la Ley 80 de 1993, a la jurisprudencia de las Altas Cortes y en especial a las sentencias C-614 de 2009 y C-171 de 2012 de la Corte Constitucional.
f. Determinar los empleos que se encuentran en vacancia definitiva y transitoria, así como aquellos provistos a través de nombramiento provisional.

PARÁGRAFO 1. Si efectuados los análisis anteriores se determina que hay faltantes en la planta de personal, la entidad adelantará el respectivo estudio técnico que soporte la ampliación de la planta de personal, revisando las posibles fuentes de financiación y presentarla a las autoridades competentes a nivel nacional o territorial para su estudio.

PARÁGRAFO 2. Las ampliaciones de planta se adelantarán teniendo en cuenta las normas presupuestales vigentes en los términos del artículo 71 del Decreto 111 de 1996 y las medidas de racionalización del gasto. En cualquier caso, estas modificaciones, y los traslados presupuestales de recursos de inversión a funcionamiento relacionados, no podrán generar costos adicionales.

PARÁGRAFO 3. Las Empresas Sociales del Estado darán cumplimiento a lo establecido en el presente Capítulo, una vez se expida el régimen laboral especial aplicable a sus servidores públicos."(Subrayas y negrilla fuera de texto)."

Es importante señalar, que en el evento que sean creados los empleos de Profesional Universitario Área de Salud para los perfiles de instrumentador quirúrgico, la asignación de estos estará sujetos a los procedimientos establecidos para provisión de empleos de que trata el Artículo 125 de la Constitución Política de Colombia, la Ley 909 de 2004, y las normas que la complementen, modifiquen o sustituyan.

Adicional a lo anterior, los elementos probatorios que aporta la parte actora, hacen referencia a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.,

IV. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

HECHO PRIMERO. – Es cierto, mi representada suscribió contratos de prestación de servicios con la demandante por los períodos relacionados**.**

HECHO SEGUNDO: ES CIERTO. En atención a que la señora GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS se ha desempeñado el empleo de Técnico Área de Salud, Código 323, Grado 13, con funciones de instrumentador quirúrgico, vinculada a la Entidad conformo los requisitos que en su momento establecía el manual específico de funciones y competencias laborales, aportando título de técnico o tecnólogo en instrumentación quirúrgica, de acuerdo con el procedimiento para nombramiento en empleos de que trata el Decreto 1950 de 1973.

HECHO TERCER: ES CIERTO. Tal y como se puede verificar en la historial laboral y en la certificación laboral expedida por la Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano. Prueba documental allegada al plenario junto con el escrito contentivo de contestación de la demanda.

HECHO CUARTO: ES CIERTO. Es la referencia de una norma de público conocimiento.

HECHO QUINTO: ES CIERTO. Es la referencia de una norma de público conocimiento**.**

HECHO SEXTO: NO ES CIERTO. Esta afirmación no resulta tener un sustento probatorio, por ende, nos atenemos a lo que se demuestre en el debate probatorio**.**

HECHO SÉPTIMO: NO ES CIERTO. Esta afirmación no resulta tener un sustento probatorio, por ende, nos atenemos a lo que se demuestre en el debate probatorio.

HECHO OCTAVO: ES CIERTO. Mediante Circular Conjunta No. 000076 del 21 de noviembre de 2005, expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Departamento.

Administrativo de la Función Pública, frente a la aplicación de la Ley 784 de 2002, se emitieron lineamientos para que las empresas del sector salud tanto públicas como privadas contemplaran la posibilidad de adecuar sus plantas de personal y el respectivo Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales, con el fin de apoyar la contratación de instrumentadoras con el nuevo perfil

profesional; sin embargo, claramente manifestó: "(…) se precisa que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Sociales del Estado de naturaleza pública de orden nacional y territorial podrán modificar su planta de personal, de acuerdo con las necesidades del servicio. (…)" (Subrayas y negrilla fuera de Texto)**.**

HECHO NOVENO: ES CIERTO. Mediante Circular Conjunta No. 000076 del 21 de noviembre de 2005, expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Administrativo de la Función Pública, frente a la aplicación de la Ley 784 de 2002, se emitieron lineamientos para que las empresas del sector salud tanto públicas como privadas contemplaran la posibilidad de adecuar sus plantas de personal y el respectivo Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales, con el fin de apoyar la contratación de instrumentadoras con el nuevo perfil profesional; sin embargo, claramente manifestó: "(…) se precisa que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Sociales del Estado de naturaleza pública de orden nacional y territorial podrán modificar su planta de personal, de acuerdo con las necesidades del servicio. (…)" (Subrayas y negrilla fuera de Texto).

HECHO DÉCIMO: ES CIERTO. En atención a que la señora GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS se ha desempeñado el empleo de Técnico Área de Salud, Código 323, Grado 13, con funciones de instrumentador quirúrgico, vinculada a la Entidad conformo los requisitos que en su momento establecía el manual específico de funciones y competencias laborales, aportando título de técnico o tecnólogo en instrumentación quirúrgica, de acuerdo con el procedimiento para nombramiento en empleos de que trata el Decreto 1950 de 1973.

HECHO DÉCIMO PRIMER: NO ES CIERTO Y NO ES UN HECHO. Esta afirmación no resulta ser más que una mera especulación de la apoderada de la parte actora, toda vez que con la demanda no se allega prueba que corrobore lo alegado en el presente hecho, nos atenemos a lo que se demuestre en el debate probatorio.

HECHO DÉCIMO SEGUNDO: ES CIERTO: de conformidad con la documentación aportada

HECHO DÉCIMO TERCER: NO ES CIERTO: Esta afirmación no resulta tener un sustento probatorio, por ende, nos atenemos a lo que se demuestre en el debate probatorio.

HECHO DÉCIMO CUARTO: No me consta, me atengo a lo que se pruebe en el presente litigio.

HECHO DÉCIMO QUINTO: ES CIERTO: de conformidad con la documentación aportada.

V. EXCEPCIONES

1. EXCEPCIONES DE MERITO:

Me permito señor Juez, proponer como excepciones de mérito las siguientes

I. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN LEGAL DE CREACIÓN DEL CARGO DE INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN EL NIVEL PROFESIONAL.

La parte actora confunde lo señalado en la Ley 784 de 2002 y sus decretos reglamentarios, pues, no existe disposición incorporadas en ellos que obligue a mi defendida a crear el cargo en el nivel profesional y mucho menos que una vez creado, se tenga la obligación de nombrar a la actora en propiedad del mismo.

En el evento que sea creado el empleo de Profesional Universitario Área de Salud para el perfil de instrumentador quirúrgico, la asignación de los mismos estará sujeto a los procedimientos establecidos para provisión de empleos de que trata el Artículo 125 de la Constitución Política de Colombia, la Ley 909 de 2004, y las normas que la complementen, modifiquen o sustituyan, precisamente porque no sobre la base caprichosa de la actora se determinará judicialmente que tiene derecho acceder a un empleo de tal denominación y condiciones, sin antes haberlo obtenido por la vía del mérito, como corresponde a todo cargo sujeto a la carrera administrativa.

Ahora bien, no puede perderse de vista que no procede ningún tipo de reconocimiento de emolumentos para la servidora pública, teniendo en cuenta que la Ley 784 de 2002, lo único que estableció fue la profesionalización de las instrumentadoras quirúrgicas en el territorio nacional, más no la obligación de las Entidades del Estado para modificar las plantas de personal como caso particular de dicha funcionaria.

Respecto a la Servidora Pública que actualmente se encuentra laborando en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., desempeñando el empleo de Técnico Área de Salud, Código 323, Grado 13, con funciones de instrumentador quirúrgico, se verificó en su historia laboral, y fue vinculada con los requisitos que en su momento establecía el manual específico de funciones y competencias laborales, aportando título de técnico o tecnólogo en instrumentación quirúrgica, de acuerdo al procedimiento para nombramiento en empleos de que trata el Decreto 1950 de 1973.

II. LEGALIDAD DE LA RELACIÓN DE TRABAJO SOSTENIDA ENTRE LAS PARTES.

Como puede notar su Excelencia, la relación de trabajo que sostienen las partes se concretó con el lleno de los requisitos legales, sin que sobre existan vicios que provoquen su anulación. La actora accedió al empleo que es de carrera administrativa, a través de la figura de "provisionalidad", el cual tendrá que entregar una vez se provea definitivamente a través del concurso de méritos. Para su postulación y toma de posesión en el mismo, no hubo coacción alguna o medio de presión para que aquella aceptara las condiciones establecidas por la institución que represento, que dicho sea de paso, es anterior a la norma que profesionaliza la Instrumentación Quirúrgica; por lo que no resulta dable predicar vulneración de derecho alguno a la actora siendo que las condiciones ofrecidas y la relación laboral sostenida obra en armonía con los preceptos legales y constitucionales.

Finalmente, necesario es recalcar que en ningún momento la decisión de profesionalizar dicha actividad no genera PER SE, obligación de crear el cargo y menos de nombrar a la demandante en él, en tanto se trata de una disposición emitida a modo de sugerencia y no con carácter imperativo.
Así las cosas, solicito respetuosamente se declare próspera la presente excepción.

III. PRESCRIPCIÓN TRIENAL DE DERECHOS.

Tal y como lo ha reiterado el Honorable Consejo de Estado en varias oportunidades:

i) Quien pretenda el reconocimiento de la relación laboral con el Estado y, en consecuencia, el pago de las prestaciones derivadas de esta, en aplicación del principio de la primacía de la realidad sobre las formalidades, deberá reclamarlos dentro del término de tres años contados a partir de la terminación de su vínculo contractual. CONSEJO DE ESTADO - SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO - Expediente 25000 23 25 000 2006 08204 01 (1452-2013).

Se debe señalar que la prescripción es un fenómeno jurídico que afecta la facultad que se tiene frente al ejercicio de un derecho. Nuestro Código Civil la define como un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones o derechos ajenos, en razón a la posesión u aprehensión de las cosas y no haberse ejercido las acciones pertinentes durante cierto lapso de tiempo.

A saber, el artículo 2512 del Código Civil colombiano discrimina dos tipos: la adquisitiva y la extintiva. Frente a esta última, consagra que "La prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente cierto lapso de tiempo durante el cual no se hayan ejercido

dichas acciones. || Se cuenta este tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible" (art. 2535).

En algunos escenarios, es común que se confunda la prescripción con la caducidad. No obstante, en materia contencioso administrativa, existen notorias diferencias entre estos conceptos. En tal sentido, se ha dicho que la prescripción "… es el fenómeno mediante el cual el ejercicio de un derecho se adquiere o se extingue con el solo transcurso del tiempo de acuerdo a las condiciones descritas en las normas que para cada situación se dicten, bien sea en materia adquisitiva o extintiva" 1, en tanto la caducidad "…ha sido entendida como el fenómeno jurídico procesal a través del cual el legislador, en uso de su potestad de configuración normativa, limita en el tiempo el derecho que tiene toda persona de acceder a la jurisdicción con el fin de obtener pronta y cumplida justicia" (Consejo de Estado, sentencia de 8 de mayo de 2014, C. P. Gustavo Eduardo Gómez Aranguren (E), expediente No. 08001-23-31-000-2012-02445-01, nulidad y restablecimiento del derecho).

Ahora bien, frente al tema que nos ocupa, y teniendo en cuenta que una de las pretensiones del demandante es que se le reconozca la calidad de empleado público, me permito indicar (sin aceptar esta calidad por parte del suscrito apoderado de la parte pasiva), que el artículo 41 del Decreto 3135 de 1968 establece que: Las acciones que emanen de los derechos consagrados en este Decreto prescribirán en tres años, contados desde que la respectiva obligación se haya hecho exigible.

Posteriormente, dicha preceptiva fue reglamentada por el Decreto 1848 de 1969, que en su artículo 102 precisó: "Artículo 102º.- Prescripción de acciones. 1. Las acciones que emanan de los derechos consagrados en el Decreto 3135 de 1968 y en este Decreto, prescriben en tres (3) años, contados a partir de la fecha en que la respectiva obligación se haya hecho exigible.

Por último, téngase en cuenta el pronunciamiento del Honorable Consejo de Estado en Sentencia de Unificación CE-SUJ2 NO. 5 DE 2016, con ponencia del Consejero CARMELO PERDOMO CÚETER, del 25 de agosto de 2016, donde la el Supremo Tribunal Contencioso Administrativo decantó:

"(…)
las prestaciones sociales y salariales, al ser pagadas por una sola vez, sí son susceptibles del mencionado fenómeno, por tener el carácter de emolumentos económicos temporales.

(…)".

En consecuencia, si el despacho decidiera acoger las pretensiones de la demanda, no puede olvidar que la presente reclamación se encuentra afectada de prescripción trienal de derechos, toda vez que no se impulsó dentro del término legal para hacerlo.

Así las cosas, no queda otro camino que declarar probada la presente excepción.

IV. CUALQUIER GENÉRICA QUE PUEDA SER DECRETADA POR EL DESPACHO.

Solicito así mismo, que cualquier excepción genérica que pueda llegar a presentarse dentro del curso del proceso, sea decretada de oficio por su honorable despacho.

JUSTIFICACIÓN FÁCTICA Y JURÍDICA DE LA DEFENSA

El artículo 123 de la Constitución Política indica: *"Son servidores públicos los miembros de las corporaciones públicas, los empleados y trabajadores del Estado y de sus entidades descentralizadas territorialmente y por servicios. Los servidores públicos están al servicio del Estado y de la comunidad; ejercerán sus funciones en la forma prevista por la Constitución, la ley y el reglamento".*

El Decreto Ley 785 de 2005 *"por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004.", en su artículo 21 en atención a las equivalencias de empleos de que trata el Decreto 1569 de 1998 indica que el anterior empleo con código 420 denominado Instrumentador Quirúrgico pasaría a la nueva situación "323 Técnico Área Salud".*

En el mismo decreto ley en referencia en su artículo 27 indica:

"Con sujeción a la nomenclatura y a la clasificación de empleos por niveles, a las funciones, competencias y requisitos generales de que trata el presente decreto, las autoridades territoriales competentes procederán a adecuar la planta de personal y el manual específico de funciones y de requisitos dentro del año siguiente a la vigencia del presente decreto."

Al respecto, me permito informarle que el Decreto 1800 de 2020, "Por el cual se adiciona el Capítulo 4 al Título 1 de la parte 2 del Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector

de Función Pública, en lo relacionado con la actualización de las plantas globales de empleo.", estableció lo siguiente:

"ARTÍCULO 2.2.1.4.1. *Actualización de plantas de empleo. Las entidades y organismos de la Administración Pública, con el objeto de mantener actualizadas sus plantas de personal, deberán adelantar las siguientes acciones mínimo cada dos años:*

a. Analizar y ajustar los procesos y procedimientos existentes en la entidad.
b. Evaluar la incidencia de las nuevas funciones o metas asignadas al organismo o entidad, en relación con productos y/ o servicios y cobertura institucional. Analizar los perfiles y las cargas de trabajo de los empleos que se requieran para el cumplimiento de las funciones.
c. Evaluar el modelo de operación de la entidad y las distintas modalidades legales para la eficiente y eficaz prestación de servicios.
d. Revisar los objetos de los contratos de prestación de servicios, cuando a ello hubiere lugar, garantizando que se ajusten a los parámetros señalados en la Ley 80 de 1993, a la jurisprudencia de las Altas Cortes y en especial a las sentencias C-614 de 2009 y C-171 de 2012 de la Corte Constitucional.
e. Determinar los empleos que se encuentran en vacancia definitiva y transitoria, así como aquellos provistos a través de nombramiento provisional.

PARÁGRAFO 1. *Si efectuados los análisis anteriores se determina que hay faltantes en la planta de personal, la entidad adelantará el respectivo estudio técnico que soporte la ampliación de la planta de personal, revisando las posibles fuentes de financiación y presentarla a las autoridades competentes a nivel nacional o territorial para su estudio.*
PARÁGRAFO 2. *Las ampliaciones de planta se adelantarán teniendo en cuenta las normas presupuestales vigentes en los términos del artículo 71 del Decreto 111 de 1996 y las medidas de racionalización del gasto. En cualquier caso, estas modificaciones, y los traslados presupuestales de recursos de inversión a funcionamiento relacionados, no podrán generar costos adicionales.*

PARÁGRAFO 3. *Las Empresas Sociales del Estado darán cumplimiento a lo establecido en el presente Capítulo, una vez se expida el régimen laboral especial aplicable a sus servidores públicos." (Subrayas y negrilla fuera de texto).*

En el evento que sean creados los empleos de Profesional Universitario Área de Salud para los perfiles de instrumentador quirúrgico, la asignación de estos estará sujetos a los

procedimientos establecidos para provisión de empleos de que trata el Artículo 125 de la Constitución Política de Colombia, la Ley 909 de 2004, y las normas que la complementen, modifiquen o sustituyan.

De lo anteriormente expuesto se concluye que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE no ha vulnerado ninguna disposición normativa al negar la petición presentada por las convocantes, toda vez que, por un lado, la Ley 784 de 2002 mediante la cual se reglamenta la Instrumentación Quirúrgica Profesional, mencionada en el escrito de conciliación, no obliga a las entidades a la creación de tal empleo dentro de la planta del personal; y, por otro, que el Acuerdo 641 de 2016 del Concejo de Bogotá y el artículo 15 del Acuerdo 001 de 2016 por el cual se expiden los Estatutos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE , establecen que es la Junta Directiva la encargada de aprobar la planta del personal, sus modificaciones y adoptar las escalas salariales de los funcionarios.

"CONVOCATORIA DE CONCURSO DE MERITOS PARA PROVEER CARGOS DE CARRERA ADMINISTRATIVA – *Facultad de la Comisión Nacional del Ser-vicio Civil de carácter permanente. No se afecta su competencia, en razón de que el proceso de selección lleve más de un año La Comisión Nacional del Servicio Civil tiene la facultad permanente de elaborar las convocatorias a concurso para el desempeño de empleos públicos de carrera, así como la de establecer los lineamientos generales con que se desarrollaran ta-les procesos de selección para la provisión de los empleos de carrera administrati-va de las entidades a las cuales se aplica la presente ley. Tales facultades de la Comisión Nacional de Servicio Civil tienen la característica de ser permanentes y no estar sujetas a plazo o término perentorio alguno o tener naturaleza transitoria. Así mismo, dichas competencias cobijan todos los cargos vacantes de carrera ad-ministrativa de las entidades a las cuales se aplica la Ley 909 de 2004, indepen-dientemente de si está provisto de manera provisional o en encargo. Entiende la Sala, que el artículo transitorio, ley 909 de 2004, contiene una exhortación dirigida a la Comisión Nacional del Servicio Civil para que en el año siguiente a su confor-mación adelántese el respectivo proceso de selección para cubrir los cargos de ca-rrera administrativa, mas no un límite temporal para adelantar dicho concurso. Concluye la Sala entonces, que el hecho que el desarrollo del concurso de méritos iniciado por la Convocatoria 001 de 2005 hubiese superado el periodo de un año, no significa que la Comisión Nacional del Servicio Civil haya actuado sin compe-tencia legal, puesto que, de conformidad con el artículo 11 de la Ley 909 de 2004, la referida entidad está investida de la facultad permanente de elaborar las convo-catorias a concurso para el desempeño de*

empleos públicos de carrera de las en-tidades a las que les sea aplicable la mencionada ley, por lo que el cargo propues-to no prospera.1."

"CARRERA EN PROVISIONALIDAD Y CARGO DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION-Diferencias.

La vinculación en calidad de provisional constituye un modo de proveer cargos pú-blicos "cuando se presentan vacancias definitivas o temporales y mientras éstos se proveen en propiedad conforme a las formalidades de ley o cesa la situación ad-ministrativa que originó la vacancia temporal". Los cargos provisionales, como su nombre lo indica, son de carácter transitorio y excepcional y buscan solucionar las necesidades del servicio y evitar la parálisis en el ejercicio de las funciones públi-cas mientras se realizan los procedimientos ordinarios para cubrir las vacantes en una determinada entidad, en aplicación de los principios de eficiencia y celeridad. La naturaleza de los cargos provisionales difiere de la de los cargos de carrera administrativa y de los empleos de libre nombramiento y remoción. Los funciona-rios nombrados en provisionalidad en empleos de carrera no cuentan con las ga-rantías que de ella se derivan, pese a lo cual, tienen el derecho a que se motive el acto administrativo por medio del cual son retirados de su cargo, ya que dicha mo-tivación se erige como una garantía mínima que se deriva del derecho fundamental al debido proceso y del control a la arbitrariedad de la administración, y no del he-cho de pertenecer a un cargo de carrera. Los cargos provisionales no son asimila-bles a los cargos de carrera administrativa, y es por ello que a los primeros no le son aplicables los derechos que se derivan de ella, ya que quienes se hallan vincu-lados en provisionalidad no agotaron los requisitos que exige la Constitución y la ley para gozar de tales beneficios, es decir, superar exitosamente el concurso de méritos y el período de prueba, entre otros. Pero tampoco pueden asimilarse a los de libre nombramiento y remoción, pues su vinculación no se sustenta en la con-fianza para ejercer funciones de dirección o manejo que es propia de éstos, sino en la necesidad de evitar la parálisis de la función pública mientras se logra su provisión en los términos que exige la Constitución. En consecuencia, frente a los cargos provisionales no puede predicarse ni la estabilidad laboral propia de los de carrera ni la discrecionalidad relativa de los de libre nombramiento y remoción; ra-zón por la que el nominador tiene la obligación de motivar el acto administrativo mediante el cual se produce la desvinculación."

VI. RELACIÓN DE PRUEBAS QUE ACOMPAÑEN Y LA PETICIÓN DE AQUELLAS CUYA PRÁCTICA SE SOLICITE.

Solicito al señor Juez se decreten las siguientes pruebas

1. **DOCUMENTALES. –**

   A) Se remite la historia laboral de la señora GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS

NOTIFICACIONES

La demandada y su representante o apoderada quien haga las veces, recibirán las notificaciones personales y comunicaciones procesales en:

- **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

  - Calle 9 No. 39 – 46 piso 2 Oficina Asesora Jurídica de la ciudad de Bogotá,
  - Email: notificacionesjudiciales@subredsuroccidente.gov.co

- **La suscrita apoderada judicial de la entidad demandada recibe notificaciones:**

  - Calle 9 No. 39 – 46 piso 2 Oficina Asesora Jurídica de la ciudad de Bogotá,
  - Email: Pavitaga23@gmail.com
  - Cel: 3123646691

De su Honorable Juez,

Atentamente,

PAULA VIVIAN TAPIAS GALINDO
C.C. No. 52´816.615 de Bogotá
T.P. No 181893 del Consejo Superior de la Judicatura

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DECRETO No. 321 DE
(28 AGO 2021)

"Por medio del cual se hace un nombramiento"

LA ALCALDESA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, el Decreto Nacional 1083 de 2015, modificado y adicionado por el Decreto 648 de 2017, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Acuerdo Distrital 641 del 6 de abril de 2016, el Concejo de Bogotá, D.C. efectuó la reorganización del "*Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital*" y ordenó la fusión de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Que el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016 establece: *"Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde".*

Que en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°.- Nombrar a partir de la fecha y hasta el 31 de marzo de 2024, a la doctora MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.837.463 en el cargo de Gerente de Empresa Social del Estado Código 085 Grado 09 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Artículo 2°.- Notificar el contenido del presente Decreto a la doctora MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES, a través de la Subdirección de Servicios Administrativos de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.

Parágrafo: Con el fin de facilitar la notificación del presente acto administrativo a la doctora MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES, se relaciona el correo de contacto maryoliruiz@hotmail.-com y dirección de residencia Carrera 75 # 150 -50 Torre 3 Apto 1503.

Artículo 3°.- Comunicar a la Secretaría Distrital de Salud y a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, el contenido del presente Decreto, lo que se realizará través de la Subdirección de Servicios Administrativos de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

"Por medio del cual se hace un nombramiento"

Artículo 4°.-De conformidad con el artículo 7° del Acuerdo Distrital 782 de 2020, la hoja de vida de la doctora MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES, fue publicada en la página web del Departamento Administrativo del Servicio Civil del 23 al 27 de agosto de 2021 inclusive, para conocimiento de la ciudadanía.

Artículo 5°.- El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE, NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE
Dado en Bogotá, D.C., a los

28 AGO 2021

CLAUDIA NAYIBE LÓPEZ HERNÁNDEZ
Alcaldesa Mayor

Proyectó: Mónica Rocío Castro Sánchez – Profesional Especializado
Revisó: Natalia Stefania Walteros Rojas – Contratista
Ennis Esther Jaramillo Morato – Directora de Talento Humano
Lina María Sánchez Romero – Jefe Oficina Asesora de Jurídica (E)
Gina Alexandra Vaca Linares – Subsecretaria Corporativa (E)
Lina María Sánchez Romero – Asesora Secretaria General
Aprobó: Margarita Barraquer Sourdis - Secretaria General

Bogotá D.C.

HONORABLE MAGISTRADO
SAMUEL JOSÉ RAMÍREZ POVEDA
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA - ORAL SECCIÓN SEGUNDA
Ciudad

Asunto:	**Poder**
Radicación:	**250002342000202l-00409-00**
Proceso:	**NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**
Demandante:	**GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS**
Demandada:	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.837.463, en calidad de Gerente y Representante Legal de la Empresa Social del Estado Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., conforme Acuerdo de Fusión 641 de 2016 y Decreto de nombramiento No. 321 del 28 de agosto de 2021 expedido por la Alcaldesa Mayor de Bogotá y Acta de Posesión del primero (01) de septiembre de 2021, teniendo en cuenta las funciones establecidas por Ley, la cual me otorga la representación judicial y extrajudicial en el Distrito Capital ante los distintos procesos que se adelanten con ocasión a los actos, hechos y operaciones de su competencia, por medio del presente escrito manifiesto a usted, que confiero PODER especial, amplio y suficiente a la abogada **PAULA VIVIAN TAPIAS GALINDO**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.816.615 de Bogotá, y portadora de la Tarjeta Profesional No. 181.893 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación, asuma la defensa institucional en el proceso de la referencia y defienda los intereses de la Entidad.

Mi apoderada queda facultada, para realizar la representación judicial del presente proceso, notificarse en mi nombre y representación de providencias, conciliar, transigir, desistir sustituir, interponer recursos y demás facultades previstas en el artículo 77 del C.G.P., así como las inherentes al presente asunto.

El presente poder, conforme al artículo 5 del Decreto 806 de 2020, en concordancia con el artículo 25 del Decreto Ley 19 de 2012. Correo para efectos de notificación judicial: notificacionesjudiciales@subredsuroccidente.gov.co – pavitaga23@gmail.com

Sírvase, reconocerle personería jurídica a mi apoderada para actuar en los términos y para los efectos del presente poder.

Atentamente,

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS
C.C. No. 51.837.463 de Bogotá D.C.
Gerente

Acepto

PAULA VIVIAN TAPIAS GALINDO
C.C. No. 52´816.615 de Bogotá
T.P No. 181893 del C.S.J.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE POSESIÓN

FOLIO No. ____

En Bogotá, D.C., el día primero (1) del mes de septiembre de dos mil veintiuno 2021, se reunieron, el doctor ALEJANDRO GÓMEZ LÓPEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.626.618 en su calidad de Secretario Distrital de Salud, según Decreto Distrital No. 001 de fecha 1 de enero de 2020 y debidamente posesionado según acta de posesión No. 005 del 1 de enero de 2020 y la doctora Martha Yolanda Ruíz Valdés, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.837.463, con el objeto de tomar posesión de las funciones del empleo de Gerente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente- ESE, Código 085- Grado 09, de acuerdo con el Decreto Distrital No. 321 de fecha 28 de agosto de 2021, expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

Efectividad: Primero (1) de septiembre de dos mil veintiuno 2021.

PRESENTÓ LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

Cedula de Ciudadanía No. 51.837.463.
Certificado Contraloría General de la República.
Certificado de Procuraduría General de la Nación.
Certificado de Policía.
Certificado Personería de Bogotá D.C.
Certificado Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas.
Formato Hoja de Vida Sideap.
Declaración de Bienes y Rentas Sideap.

Como están cumplidos todos los requisitos exigidos para dar posesión, la Alcaldesa Mayor de Bogotá D.C., a través del Secretario de Despacho de la Secretaría Distrital de Salud, le recibió, con las formalidades legales, el juramento que ordena el artículo 251 del Código del Régimen Político y Municipal, y bajo esta gravedad prometió cumplir fiel y lealmente con los deberes de su cargo.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA LA PRESENTE DILIGENCIA

Declaro bajo la gravedad del juramento no encontrarme incursa dentro de las inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la Constitución Política de Colombia, Ley 734 de 2002 y Ley 1438 de 2011 y demás normas vigentes.

Domicilio: Cra 75 150-60 T3 Ap 1503 Teléfono: 3102040836

Secretario Distrital de Salud. La Posesionada.

Proyectó: Luis Jaime Fernández- Abogado- SPyGS/.
Revisó: Nasly Palacios Muñoz- Abogada- Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud
Víctor Mosquera Pinto- Abogado- SPyGS/.
Yiyola Yamile Peña Ríos- Directora de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud
Aprobó: Juan Carlos Bolívar López- Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial/.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
- HOSPITAL DE SAN JOSÉ -
HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ
FACULTAD DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

CERTIFICA QUE:

Gina Paola Calderón Ostos

Asistió a la:

"Actualización en Estrategias de Mercadeo para Instrumentadores Quirúrgicos y Profesionales de la Salud"

Realizado en Bogotá, D.C. el 22 de Noviembre de 2008
Intensidad: 8 horas

Elizabeth Matamoros V.
MARÍA ELIZABETH MATAMOROS V.
Rectora

Sandra Cortes Cifuentes
Secretaria Académica

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Instrumentación Quirúrgica

En atención a que

Gina Paola Calderón Ostos

C. C. 1.030.545.205 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Instrumentador Quirúrgico

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos en Bogotá, D.C., a los 10 de junio de 2011.

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector

Secretario General

Decano

Secretario Académico

Número de Registro 1174 Número de Folio 038

Bogotá D.C. 10 - junio de 2011

03136

Centro Latinoamericano de Investigación
y Entrenamiento en Cirugía de
Mínima Invasión - CLEMI

Certifica que

Gina Paola Calderón

Instrumentadora Quirúrgica

Asistió al

V Curso de Técnicas Quirúrgicas Laparoscópicas para Cirujanos Generales

Bogotá – Colombia Febrero 25 y 26 de 2011
Intensidad: 18 Horas

Eduardo Valdiviezo MD
Director Curso

Héctor René Hazbón MD
Coordinador Curso

Gabriel Oswaldo Alonso MVZ
Coordinador de Formación
CLEMI

Francisco José Camacho MD
Director de Investigación, Patentes y
Desarrollo CLEMI

Jorge Felipe Ramírez MD
Presidente CLEMI

Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología - SCCOT

Centro Latinoamericano de Investigación y Entrenamiento en Cirugía de Mínima Invasión - CLEMI

Certifica que

Gina Calderón

Instrumentadora Quirúrgica

Asistió al

V Curso Avanzado de Ligamento Cruzado Anterior, Ligamento Cruzado Posterior y Esquina Posterolateral de la Rodilla

Bogotá – Colombia Marzo 24, 25 y 26 de 2011
Intensidad: 23 Horas

Tobias Jung MD *Profesor Internacional*	*Luis Fernando Rodríguez MD* *Director Curso*	*Manuel Mosquera MD* *Director Curso* *Presidente del Capítulo de Artroscopia*
Gabriel Ossandón Jones MD *Coordinador de Formación CLEMI*	*Fr[illegible] Ordoñez MD* *Director de Investigación, Normas y [illegible] CLEMI*	*Jorge Felipe Pa[illegible]* *Presidente [illegible]*

SICAOT FEDERACION

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL DE SAN JOSÉ
NIT 860.051.853-4

EL SECRETARIO GENERAL DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICA

Que: **GINA PAOLA CALDERON OSTOS,** identificada con C.C. No. 1.030.545.205, cursó ocho (8) semestres correspondientes al programa de INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA.

Durante su formación académica realizó Práctica Integral por las siguientes instituciones:

SEMESTRE	**VI**
Período	Enero – Junio /10
Intensidad Semestral	600 Horas
SITIO DE ROTACIÓN	Hospital de San José - Esterilización - Cardiovascular - Otorrinolaringología - Ginecología - Obstetricia - Oftalmología - Cirugía Plástica - Cirugía General - Neurocirugía - Urología - Ortopedia
SEMESTRE	**VII**
Período	Julio – Diciembre /10
Intensidad Semestral	600 Horas
SITIOS DE ROTACIÓN	Hospital Infantil Universitario de San José
	Hospital Meissen
	Hospital Cardiovascular del niño de Cundinamarca
SEMESTRE	**VIII**
Período	Enero – Junio /11
Intensidad Semestral	600 Horas
SITIOS DE ROTACIÓN	Hospital San José – Hemodinamia
	Fundación Cardioinfantil

Se expide a solicitud de la interesa en Bogotá, a los veinte (20) días del mes de febrero del año dos mil doce (2012).

JORGE ALBERTO RUIZ
Secretario General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 032

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los diez (10) días del mes de junio de 2011, en el Auditorio Guillermo Fergusson, del Hospital de San José de conformidad con el Acuerdo No. 2232 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Sesión Ordinaria No.318 del siete (07) de junio de 2011, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Instrumentador Quirúrgico

a

Gina Paola Calderón Ostos

Identificada con cédula de ciudadanía N° 1,030,545,205 expedida en Bogotá, D.C., como consta en el acta 032 folio 059 del libro de actas.

Se confiere este título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que la mencionada estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pénsum reglamentario para el programa de Instrumentación Quirúrgica y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen la firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente Consejo Superior, Roberto Jaramillo Uricoechea, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, instrumentadora Ivonne Acuña López, Decana, instrumentadora Mallerly Carolina Garzón Martínez, Secretaria Académica y para constancia de lo anterior, firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes de junio del año dos mil once (2011).

Jorge Alberto Ruiz Ruiz, MD
Secretario General

Código de Aprobación SNIES, No. 4340

03015

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUCS

7

LA SECRETARIA ACADÉMICA

DE LA FACULTAD DE INSTRUMENTACION QUIRURGICA

CERTIFICA

Que: CALDERON OSTOS GINA PAOLA identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Número 1030545205, en los periodos académicos Julio – Diciembre de 2006 a Enero – Junio de 2009, Curso y aprobó los semestres de I a V, correspondientes a las asignaturas Teórico – prácticas, y en los periodos Julio – Diciembre de 2009 a Enero – Junio de 2011, curso y aprobó la etapa práctica, de Instrumentación Quirúrgica a nivel profesional en esta Institución.

El horario de clases es de Lunes a Sábado de 7:00 a.m. a 5:00 p.m., modalidad presencial, tiempo completo, con una intensidad horaria de 36 horas semanales.

El programa de Instrumentación Quirúrgica tiene una duración de 8 semestres y fue creado por la institución mediante acuerdo 12 del 12 junio de 1996 y se encuentra registrado en el sistema de información Nacional SNIES 4340.

La Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud se encuentra aprobada mediante Personería Jurídica 10917 del 1 de Diciembre de 1976, emanada por el Ministerio de Educación Nacional.

Se expide en Bogotá D.C., a los veinteocho (28) días del mes de Febrero de 2012.

SECRETARIA ACADEMICA

Mallerly Garzón M.

MALLERLY GARZÓN MARTÍNEZ
Secretaria Académica

Dr. Carlos E. Bohórquez O.

CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA
CIRUGÍA DE LA MANO Y MICROCIRUGÍA
UIS UNAM INO

CERTIFICACION

A quien corresponda:

Por la presente el que suscribe **Dr. CARLOS E. BOHÓRQUEZ O**. Con C.C 13.437.458 y con registro medico 03596-86, hago constar *que la señorita* ***GINA PAOLA CALDERON OSTOS****, identificada con cédula de ciudadanía No 1.030.545.205 de Bogotá, laboro conmigo desde el día 01 de Diciembre de 2010, hasta el 30 de Junio de 2011 en el cargo de asistente en consulta y cirugía plástica y reconstructiva con un salario básico mensual de OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($800.000) con un contrato a de prestación de servicios. Retiro Voluntario.*

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veinti nueve (29) días del mes Febrero de 2012

Atentamente:

Dr. CARLOS E. BOHORQUEZ O.
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
CIRUGIA DE LA MANO Y MICROCIRUGIA
REGISTRO MEDICO No. 03596-86

CARLOS EDUARDO BOHORQUEZ ORTIZ
Cirujano Plástico, Reconstructivo y Estético
CC: 13.437.458
Cel: 3208549677

Concertación.

1030545205

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTIÓN PÚBLICA – Departamento Administrativo del Servicio Civil	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN - EMPLEADOS PROVISIONALES -	Código: M-ODT-FM-028
		Versión: 1
		Vigencia: Diciembre de 2016

RESPONSABLES DEL PROCESO		
ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	DANIEL BLANCO - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS
EMPLEO		
DENOMINACIÓN	DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	TECNICO AREA DE SALUD
CÓDIGO / GRADO	09-may	323/13
DEPENDENCIA	SUBRED-SUROCCIDENTE	Subgerencia de prestacion de servicios

TÉRMINOS DE LA EVALUACIÓN

PERÍODO DE EVALUACIÓN				FORMULACIÓN
FECHAS				FECHA
1 de febrero de 2020	al	31 de enero de 2021		19 de febrero de 2020

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO

ASISTIR AL MEDICO CIRUJANO EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ALISTANDO MATERIAL, INSTRUMENTAL Y DIFERENTES EQUIPOS REQUERIDOS DE MANERA OPORTUNA Y ADECUADA.

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL

ENTREGABLE 1. (PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO)	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL ENTREGABLE	VALORACIÓN PRIMER SEMESTRE	VALORACIÓN SEGUNDO SEMESTRE
EJERCER ADECUADO CONTROL INSTRUMENTAL ESTÉRIL Y LIMPIO Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO QUE SALE O INGRESA A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN SEGÚN LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	REGISTRO DE TODO EL MATERIAL UTILIZADO EN CADA CIRUGÍA, EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN, Y LA DESCRIPCIÓN DE DICHA ACTIVIDAD SE REFLEJA DIARIAMENTE EN EL FORMATO DENOMINADO"LISTA DE	Cumple con las características definidas en la formulación		
		Cumple con los tiempos de entrega previstos		
		Cumple con las condiciones de calidad requeridas (normas, procedimientos,protocolos...)		

DILIGENCIAR SOLO EN CASO DE AJUSTE O CAMBIO EN EL ENTREGABLE INICIALMENTE DEFINIDO

ENTREGABLE 1. - PRODUCTO O RESULTADO AJUSTADO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR

REFRENDACIÓN Y FECHA DEL AJUSTE	DIA		MES		AÑO	

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO	FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL
	Gina Paola Calderón Ostos

DE ACUERDO A LA VALORACIÓN DE LA GESTIÓN Y SEGÚN LOS CRITERIOS SEÑALADOS, EL ENTREGABLE ACREDITA:

PRIMER SEMESTRE						
Pleno cumplimiento		Cumplimiento parcial		Incumplimiento		
SEGUNDO SEMESTRE						
Pleno cumplimiento		Cumplimiento parcial		Incumplimiento		

Esta evaluación es una herramienta de gestión institucional. No otorga derechos de carrera o de permanencia en el servicio, ni habilita el acceso a encargos, estímulos o incentivos, ni exime del cumplimiento de las demás funciones propias del empleo

ENTREGABLE 4. (PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO)	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL ENTREGABLE	VALORACION PRIMER SEMESTRE	VALORACION SEGUNDO SEMESTRE
CUMPLIR CON LAS ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL MANUAL DE ESTERILIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	VERIFICACIÓN DE ESTERILIDAD DE TODOS LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS UTILIZADOS EN CADA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. USO ADECUADO Y CUIDADO DE LOS MISMOS. ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Cumple con las características definidas en la formulación		
		Cumple con los tiempos de entrega previstos		
		Cumple con las condiciones de calidad requeridas (normas, procedimientos,protocolos...)		

DILIGENCIAR SÓLO EN CASO DE AJUSTE O CAMBIO EN EL ENTREGABLE INICIALMENTE DEFINIDO

ENTREGABLE 4. - PRODUCTO O RESULTADO AJUSTADO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR

REFRENDACIÓN Y FECHA DEL AJUSTE	DIA		MES		AÑO	

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO	FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

DE ACUERDO A LA VALORACIÓN DE LA GESTIÓN Y SEGÚN LOS CRITERIOS SEÑALADOS, EL ENTREGABLE ACREDITA:

PRIMER SEMESTRE

Pleno cumplimiento		Cumplimiento parcial		Incumplimiento		

SEGUNDO SEMESTRE

Pleno cumplimiento		Cumplimiento parcial		Incumplimiento		

ENTREGABLE 5. (PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO)	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL ENTREGABLE	VALORACION PRIMER SEMESTRE	VALORACION SEGUNDO SEMESTRE
APRENDIZAJE CONTINUO - DECRETO 815	ASISTENCIA A CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES QUE ORGANIZA EL SERVICIO PARA OPTIMIZAR RECURSOS Y MANEJO ADECUADO DE EQUIPOS	Cumple con las características definidas en la formulación		
		Cumple con los tiempos de entrega previstos		
		Cumple con las condiciones de calidad requeridas (normas, procedimientos,protocolos...)		

DILIGENCIAR SÓLO EN CASO DE AJUSTE O CAMBIO EN EL ENTREGABLE INICIALMENTE DEFINIDO

ENTREGABLE 5. - PRODUCTO O RESULTADO AJUSTADO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR

REFRENDACIÓN Y FECHA DEL AJUSTE	DIA		MES		AÑO	

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO	FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

DE ACUERDO A LA VALORACIÓN DE LA GESTIÓN Y SEGÚN LOS CRITERIOS SEÑALADOS, EL ENTREGABLE ACREDITA:

PRIMER SEMESTRE

Pleno cumplimiento		Cumplimiento parcial		Incumplimiento		

SEGUNDO SEMESTRE

Pleno cumplimiento		Cumplimiento parcial		Incumplimiento		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTIÓN PÚBLICA Departamento Administrativo del Servicio Civil	**EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN - EMPLEADOS PROVISIONALES -**	Código: M-ODT-FM-028
		Versión: 1
		Vigencia: Diciembre de 2016

RESPONSABLES DEL PROCESO		
ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	DANIEL BLANCO - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE COMPORTAMENTAL

COMPETENCIA	CONDUCTA DESCRIPTIVA	VALORACIÓN PRIMER SEMESTRE	VALORACIÓN SEGUNDO SEMESTRE
Integración a la cultura organizacional: Disposición para aceptar y acatar las normas, reglamentos y caracterísitcas de la entidad	Su actitud le permite integrarse y aportar al equipo de trabajo al reconocer los avances, logros y desarrollos alcanzados por la entidad		
	Cumple con la reglamentación de horario establecida y rreconoce las implicaciones del mismo en la prestación del servicio		
	Cuando la necesidad del servicio lo amerita, se muestra dispuesto a participar de las actividades extensivas requeridas por la entidad		
Disposición de aprendizaje: Disposición para acatar los lineamientos, aplicar los procesos y procedimientos definidos en la entidad	Muestra interes por conocer y aplicar los procesos y procedimientos establecidos en la entidad		
	Se muestra dispuesto a aprender sobre el manejo de los aplicativos, herramientas ofimáticas o de otro tipo con que cuenta la entidad y dar el uso adecuado a las mismas		
	Se mantiene actualizado en las normas, decretos, protocolos y demás lineamientos o instrucciones necesarias para su adecuado desempeño laboral		
Capacidad de aporte a la gestión: Disposición para entregar a la entidad y al equipo de trabajo sus conocimientos, habilidades y destrezas para la realización de las funciones asignadas	Participa activamente en el equipo de trabajo aportando sus conocimientos en los temas de competencia del equipo o área de trabajo		
	Se muestra dispuesto a enseñar las técnicas y estrategias que conoce y que podrían contribuir a la gestión institucional		
	Es propositivo ante las oportunidades de mejora de la gestión y los retos institucionales		
Disposición de servicio: Demuestra interés por la atención a los usuarios internos y externos de la entidad	Su actitud es receptiva respecto de los lineamientos e instrucciones impartidas por el superior inmediato		
	Se muestra dispuesto a atender y dar respuesta a las necesidades, requerimientos, solicitudes e inquietudes de los usuarios internos y externos de la entidad		
	Es respetuoso en el lenguaje y trato al usuario, porque comprende que de su propio comportamiento depende el trato y el comportamiento de los demás		
CONSOLIDADO GENERAL DE LA VALORACIÓN DE LA GESTIÓN RESULTADO COMPONENTE COMPORTAMENTAL			

Esta evaluación es una herramienta de gestión institucional. No otorga derechos de carrera o de permanencia en el servicio, ni habilita el acceso a encargos, estímulos o incentivos, ni exime del cumplimiento de las demás funciones propias del empleo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTIÓN PÚBLICA Departamento Administrativo del Servicio Civil	EVALUACION DE LA GESTION - PROVISIONALES PORTAFOLIO DE EVIDENCIAS	Código: M-ODT-FM-028
		Versión: 1
		Vigencia: Diciembre de 2016

RESPONSABLES DEL PROCESO

ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	DANIEL BLANCO - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (1)

RUMENTAL ESTÉRIL Y LIMPIO Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO QUE SALE O INGRESA A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN SE

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (1) AJUSTADO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIAS DE DESEMPEÑO	OBSERVACIONES Y FECHA DE REGISTRO O DE ENTREGA DE LA EVIDENCIA
REGISTRO DE TODO EL MATERIAL UTILIZADO EN CADA CIRUGÍA, EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN, Y LA DESCRIPCIÓN DE DICHA ACTIVIDAD SE REFLEJA DIARIAMENTE EN EL FORMATO DENOMINADO"LISTA DE CHEQUEO	LIBROS DE REGISTRO CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN AL RECIBIR COMO AL ENTREGAR EN LA ZONA DE LAVADO, Y VERIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS	EL PROCEDIMIENTO DE REGISTRO Y VERIFICACIÓN TANTO DE VERACIDAD DE ESTERILIZACIÓN COMO EL REGISTRO DE ENTREGA UNO A UNO DE LOS EQUIPOS Y DEMÁS ELEMENTOS UTILIZADOS EN EL TURNO SE REALIZA TODAS LAS VECES QUE SEA NECESARIO

EVIDENCIAS DEL ENTREGABLE FINAL
PRODUCTO, SERVICIO O RESULTADO

PORTAFOLIO

OBSERVACIONES GENERALES

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

Gina Paola Calderón Ostos

VALIDACIÓN SEMESTRAL O POR CAMBIO DE SUPERIOR INMEDIATO DIA MES AÑO

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

Gina Paola Calderón Ostos

VALIDACIÓN POR FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DIA MES AÑO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTIÓN PÚBLICA Departamento Administrativo del Servicio Civil	EVALUACION DE LA GESTION - PROVISIONALES PORTAFOLIO DE EVIDENCIAS	Código: M-ODT-FM-028
		Versión: 1
		Vigencia: Diciembre de 2016

RESPONSABLES DEL PROCESO		
ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	DANIEL BLANCO - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (3)

CUMPLIR LA BUENA PRÁCTICA SEGURA CIRUGÍA SEGURA

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (3) AJUSTADO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIAS DE DESEMPEÑO	OBSERVACIONES Y FECHA DE REGISTRO O DE ENTREGA DE LA EVIDENCIA
CONTRIBUIR CON LA CORRECTA LISTA DE CHEQUEO O LAS TRES PARADAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA PROCEDIMIENTO, ASEGURANDO TODOS LOS EQUIPOS Y MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO	EN EL SERVICIO, DINÁMICA, CARPETA EVIDENCIAS DEL LIDER Y EL EVALUADO.	CONTROL ADECUADO, DE TODOS LOS PROCESOS EN CADA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICOS. SUPERVISIÓN DE TODOS LOS PROCESOS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN EL QUIRÓFANO.

EVIDENCIAS DEL ENTREGABLE FINAL
PRODUCTO, SERVICIO O RESULTADO

OBSERVACIONES GENERALES

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

VALIDACIÓN SEMESTRAL O POR CAMBIO DE SUPERIOR INMEDIATO DIA MES AÑO

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

VALIDACIÓN POR FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DIA MES AÑO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTIÓN PÚBLICA Departamento Administrativo del Servicio Civil	EVALUACION DE LA GESTION - PROVISIONALES PORTAFOLIO DE EVIDENCIAS	Código: M-ODT-FM-028
		Versión: 1
		Vigencia: Diciembre de 2016

RESPONSABLES DEL PROCESO		
ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	DANIEL BLANCO - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (5)

APRENDIZAJE CONTINUO - DECRETO 815

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (5) AJUSTADO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIAS DE DESEMPEÑO	OBSERVACIONES Y FECHA DE REGISTRO O DE ENTREGA DE LA EVIDENCIA
ASISTENCIA A CAPACITACIONES, QUE ORGANIZA EL SERVICIO PARA OPTIMIZAR RECURSOS Y MANEJO ADECUADO DE EQUIPOS	ARCHIVO PERSONAL, COMO EN EL ARCHIVO DEL LIDER LIZETH LARA , HOJA DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y CHARLAS	LAS CAPACITACIONES SON UNA HERRAMIENTA QUE AYUDAN A OPTIMIZAR EL MANEJO DE INSUMOS, EQUIPOS, FAVORECE LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS

EVIDENCIAS DEL ENTREGABLE FINAL
PRODUCTO, SERVICIO O RESULTADO

OBSERVACIONES GENERALES

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

VALIDACIÓN SEMESTRAL O POR CAMBIO DE SUPERIOR INMEDIATO DIA MES AÑO

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

VALIDACIÓN POR FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DIA MES AÑO

PLAN DE MEJORAMIENTO - COMPONENTE COMPORTAMENTAL			
COMPETENCIA	**ACCIONES DE MEJORAMIENTO El Empleado...**	**SEGUIMIENTO INICIAL (A mitad de período)**	**SEGUIMIENTO AL FINAL DEL PERÍODO SEMESTRAL**
Integración a la cultura organizacional: Disposición para aceptar y acatar las normas, reglamentos y características de la entidad	Se muestra mas integrado al equipo de trabajo y con mayor disposición para atender los requerimientos y necesidades de la entidad y de sus usuarios internos y externos		
Disposición de aprendizaje: Disposición para acatar los lineamientos, aplicar los procesos y procedimientos definidos en la entidad	Desarrolla su trabajo teniendo en cuenta los procesos, procedimientos y lineamientos institucionales, haciendo uso efectivo de las herramientas disponibles y se mantiene actualizado en los temas que impactan su gestión		
Capacidad de aporte a la gestión: Disposición para entregar a la entidad y al equipo de trabajo sus conocimientos, habilidades y destrezas para la realización de las funciones asignadas	Aporta al equipo de trabajo a partir de su formación, experticia y conocimientos, es propositivo ante situaciones que requieran de su intervención y contribuye al mejor desempeño de la dependencia o el área de trabajo		
Disposición de servicio: Demuestra interés por la atención a los usuarios **internos y externos** de la entidad	Se muestra dispuesto a escuchar al usuario, atendiendo su solicitud y brindando la orientación que este requiera, empleando un lenguaje respetuoso, acorde con la responsabilidad del empleo y de su condición de servidor público		

FIRMA DE SUPERIOR INMEDIATO	FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL
SEGUIMIENTO INICIAL	**DIA** **MES** **AÑO**
OBSERVACIONES DEL AVANCE Y/O DEL RESULTADO DEL PROCESO	

FIRMA DE SUPERIOR INMEDIATO	FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL
SEGUIMIENTO AL FINAL DEL PERÍODO	**DIA** **MES** **AÑO**

Esta herramienta de gestión NO otorga derechos de carrera o de permanencia en el servicio NO habilita el acceso a encargos o incentivos. Elaboración del Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTIÓN PÚBLICA Departamento Administrativo del Servicio Civil	EVALUACION DE LA GESTION - PROVISIONALES PORTAFOLIO DE EVIDENCIAS - COMPONENTE COMPORTAMENTAL - PLAN DE MEJORA	Código: M-ODT-FM-028 Versión: 1 Vigencia: Diciembre de 2016

ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	DANIEL BLANCO - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS
CRITERIOS	**SEGUIMIENTO INICIAL**	**SEGUIMIENTO FINAL DEL PERÍODO**
ACCIONES DE MEJORA	Integración a la cultura organizacional: Disposición para aceptar y acatar las normas, reglamentos y características de la entidad	
Se muestra mas integrado al equipo de trabajo y con mayor disposición para atender los requerimientos y necesidades de la entidad y de sus usuarios internos y externos		
ACCIONES DE MEJORA	Disposición de aprendizaje: Disposición para acatar los lineamientos, aplicar los procesos y procedimientos definidos en la entidad	
Desarrolla su trabajo teniendo en cuenta los procesos, procedimientos y lineamientos institucionales, haciendo uso efectivo de las herramientas disponibles y se mantiene actualizado en los temas que impactan su gestión		
ACCIONES DE MEJORA	Capacidad de aporte a la gestión: Disposición para entregar a la entidad y al equipo de trabajo sus conocimientos, habilidades y destrezas para la realización de las funciones asignadas	
Aporta al equipo de trabajo a partir de su formación, experticia y conocimientos, es propositivo ante situaciones que requieran de su intervención y contribuye al mejor desempeño de la dependencia o el área de trabajo		
ACCIONES DE MEJORA	Disposición de servicio: Demuestra interés por la atención a los usuarios internos y externos de la entidad	
Se muestra dispuesto a escuchar al usuario, atendiendo su solicitud y brindando la orientación que este requiera, empleando un lenguaje respetuoso, acorde con la responsabilidad del empleo y de su condición de servidor público		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTIÓN PÚBLICA – Departamento Administrativo del Servicio Civil	**EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN - EMPLEADOS PROVISIONALES -**	Código: M-ODT-FM-028
		Versión: 1
		Vigencia: Diciembre de 2016

RESPONSABLES DEL PROCESO

ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	MANUEL TOVAR - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS

EMPLEO

DENOMINACIÓN	DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	TECNICO AREA DE SALUD
CÓDIGO / GRADO	09-may	323/13
DEPENDENCIA	SUBRED-SUROCCIDENTE	Subgerencia de prestacion de servicios

TÉRMINOS DE LA EVALUACIÓN

PERÍODO DE EVALUACIÓN				FORMULACIÓN
FECHAS				FECHA
1 de febrero de 2019	al	31 de enero de 2020		15 de febrero de 2019

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO

ASISTIR AL MEDICO CIRUJANO EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ALISTANDO MATERIAL, INSTRUMENTAL Y DIFERENTES EQUIPOS REQUERIDOS DE MANERA OPORTUNA Y ADECUADA.

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL

ENTREGABLE 1. (PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO)	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL ENTREGABLE	VALORACIÓN PRIMER SEMESTRE	VALORACIÓN SEGUNDO SEMESTRE
EJERCER ADECUADO CONTROL INSTRUMENTAL ESTÉRIL Y LIMPIO Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO QUE SALE O INGRESA A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN SEGÚN LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO UTILIZADO REGISTRANDO LA SALA DE CIRUGÍA DE CADA PROCEDIMIENTO REALIZADO EN EL TURNO CORRESPONDIENTE	Cumple con las características definidas en la formulación	**SI**	**SI**
		Cumple con los tiempos de entrega previstos	**SI**	**SI**
		Cumple con las condiciones de calidad requeridas (normas, procedimientos,protocolos...)	**SI**	**SI**

DILIGENCIAR SÓLO EN CASO DE AJUSTE O CAMBIO EN EL ENTREGABLE INICIALMENTE DEFINIDO

ENTREGABLE 1. - PRODUCTO O RESULTADO AJUSTADO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR

REFRENDACIÓN Y FECHA DEL AJUSTE | DIA | | MES | | AÑO |

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO	FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

DE ACUERDO A LA VALORACIÓN DE LA GESTIÓN Y SEGÚN LOS CRITERIOS SEÑALADOS, EL ENTREGABLE ACREDITA:

PRIMER SEMESTRE

Pleno cumplimiento	X	Cumplimiento parcial		Incumplimiento		

SEGUNDO SEMESTRE

Pleno cumplimiento	X	Cumplimiento parcial		Incumplimiento		

ENTREGABLE 4. (PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO)	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL ENTREGABLE	VALORACION PRIMER SEMESTRE	VALORACION SEGUNDO SEMESTRE
CUMPLIR LA BUENA PRÁCTICA SEGURA CIRUGÍA SEGURA	REALIZACIÓN LISTAS DE CHEQUEO DE LAS CIRUGÍAS QUE SE PRACTICAN EN EL HOSPITAL PROGRAMADAS Y URGENCIAS	Cumple con las características definidas en la formulación	SI	SI
		Cumple con los tiempos de entrega previstos	SI	SI
		Cumple con las condiciones de calidad requeridas (normas, procedimientos,protocolos...)	SI	SI

DILIGENCIAR SOLO EN CASO DE AJUSTE O CAMBIO EN EL ENTREGABLE INICIALMENTE DEFINIDO

ENTREGABLE 4. - PRODUCTO O RESULTADO AJUSTADO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR

REFRENDACIÓN Y FECHA DEL AJUSTE | DIA | | MES | | AÑO |

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO	FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL
	Gina Paola Calderón Ostos

DE ACUERDO A LA VALORACIÓN DE LA GESTIÓN Y SEGÚN LOS CRITERIOS SEÑALADOS, EL ENTREGABLE ACREDITA:

PRIMER SEMESTRE

Pleno cumplimiento	X	Cumplimiento parcial		Incumplimiento		

SEGUNDO SEMESTRE

Pleno cumplimiento	X	Cumplimiento parcial		Incumplimiento		

ENTREGABLE 5. (PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO)	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL ENTREGABLE	VALORACION PRIMER SEMESTRE	VALORACION SEGUNDO SEMESTRE
APRENDIZAJE CONTINUO - DECRETO 815	ASISTENCIA A CAPACITACIONES, QUE ORGANIZA EL SERVICIO PARA OPTIMIZAR RECURSOS Y MANEJO ADECUADO DE EQUIPOS	Cumple con las características definidas en la formulación	SI	SI
		Cumple con los tiempos de entrega previstos	SI	SI
		Cumple con las condiciones de calidad requeridas (normas, procedimientos,protocolos...)	SI	SI

DILIGENCIAR SOLO EN CASO DE AJUSTE O CAMBIO EN EL ENTREGABLE INICIALMENTE DEFINIDO

ENTREGABLE 5. - PRODUCTO O RESULTADO AJUSTADO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR

REFRENDACIÓN Y FECHA DEL AJUSTE | DIA | | MES | | AÑO |

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO	FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL
	Gina Paola Calderón Ostos

DE ACUERDO A LA VALORACIÓN DE LA GESTIÓN Y SEGÚN LOS CRITERIOS SEÑALADOS, EL ENTREGABLE ACREDITA:

PRIMER SEMESTRE

Pleno cumplimiento	X	Cumplimiento parcial		Incumplimiento		

SEGUNDO SEMESTRE

Pleno cumplimiento	X	Cumplimiento parcial		Incumplimiento		

Esta evaluación es una herramienta de gestión institucional. No otorga derechos de carrera o de permanencia en el servicio, ni habilita el acceso a encargos, estímulos o incentivos, ni exime del cumplimiento de las demás funciones propias del empleo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTIÓN PÚBLICA Departamento Administrativo del Servicio Civil	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN - EMPLEADOS PROVISIONALES -	Código: M-ODT-FM-028
		Versión: 1
		Vigencia: Diciembre de 2016

RESPONSABLES DEL PROCESO		
ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	MANUEL TOVAR - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE COMPORTAMENTAL

COMPETENCIA	CONDUCTA DESCRIPTIVA	VALORACIÓN PRIMER SEMESTRE	VALORACIÓN SEGUNDO SEMESTRE
Integración a la cultura organizacional: Disposición para aceptar y acatar las normas, reglamentos y caracterísitcas de la entidad	Su actitud le permite integrarse y aportar al equipo de trabajo al reconocer los avances, logros y desarrollos alcanzados por la entidad	SI	SI
	Cumple con la reglamentación de horario establecida y rreconoce las implicaciones del mismo en la prestación del servicio	SI	SI
	Cuando la necesidad del servicio lo amerita, se muestra dispuesto a participar de las actividades extensivas requeridas por la entidad	SI	SI
Disposición de aprendizaje: Disposición para acatar los lineamientos, aplicar los procesos y procedimientos definidos en la entidad	Muestra interes por conocer y aplicar los procesos y procedimientos establecidos en la entidad	SI	SI
	Se muestra dispuesto a aprender sobre el manejo de los aplicativos, herramientas ofimáticas o de otro tipo con que cuenta la entidad y dar el uso adecuado a las mismas	SI	SI
	Se mantiene actualizado en las normas, decretos, protocolos y demás lineamientos o instrucciones necesarias para su adecuado desempeño laboral	SI	SI
Capacidad de aporte a la gestión: Disposición para entregar a la entidad y al equipo de trabajo sus conocimientos, habilidades y destrezas para la realización de las funciones asignadas	Participa activamente en el equipo de trabajo aportando sus conocimientos en los temas de competencia del equipo o área de trabajo	SI	SI
	Se muestra dispuesto a enseñar las técnicas y estrategias que conoce y que podrían contribuir a la gestión institucional	SI	SI
	Es propositivo ante las oportunidades de mejora de la gestión y los retos institucionales	SI	SI
Disposición de servicio: Demuestra interés por la atención a los usuarios internos y externos de la entidad	Su actitud es receptiva respecto de los lineamientos e instrucciones impartidas por el superior inmediato	SI	SI
	Se muestra dispuesto a atender y dar respuesta a las necesidades, requerimientos, solicitudes e inquietudes de los usuarios internos y externos de la entidad	SI	SI
	Es respetuoso en el lenguaje y trato al usuario, porque comprende que de su propio comportamiento depende el trato y el comportamiento de los demás	SI	SI
CONSOLIDADO GENERAL DE LA VALORACIÓN DE LA GESTIÓN: RESULTADO COMPONENTE COMPORTAMENTAL			

Esta evaluación es una herramienta de gestión institucional. No otorga derechos de carrera o de permanencia en el servicio, ni habilita el acceso a encargos, estímulos o incentivos, ni exime del cumplimiento de las demás funciones propias del empleo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTIÓN PÚBLICA Departamento Administrativo del Servicio Civil	EVALUACION DE LA GESTION - PROVISIONALES PORTAFOLIO DE EVIDENCIAS	Código: M-ODT-FM-028
		Versión: 1
		Vigencia: Diciembre de 2016

RESPONSABLES DEL PROCESO		
ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	MANUEL TOVAR - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (1)

RUMENTAL ESTÉRIL Y LIMPIO Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO QUE SALE O INGRESA A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN SE

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (1) AJUSTADO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIAS DE DESEMPEÑO	OBSERVACIONES Y FECHA DE REGISTRO O DE ENTREGA DE LA EVIDENCIA
Descripción del equipo utilizado registrando la sala de cirugía de cada procedimiento realizado en el turno correspondiente	LIBROS DE REGISTRO CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN AL RECIBIR COMO AL ENTREGAR EN LA ZONA DE LAVADO, Y VERIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS	EL PROCEDIMIENTO DE REGISTRO Y VERIFICACIÓN TANTO DE VERACIDAD DE ESTERILIZACIÓN COMO EL REGISTRO DE ENTREGA UNO A UNO DE LOS EQUIPOS Y DEMÁS ELEMENTOS UTILIZADOS EN EL TURNO SE REALIZA TODAS LAS VECES QUE SEA NECESARIO

EVIDENCIAS DEL ENTREGABLE FINAL
PRODUCTO, SERVICIO O RESULTADO

PORTAFOLIO

OBSERVACIONES GENERALES

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

VALIDACIÓN SEMESTRAL O POR CAMBIO DE SUPERIOR INMEDIATO DIA MES AÑO

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

VALIDACIÓN POR FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DIA MES AÑO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTION PÚBLICA Departamento Administrativo del Servicio Civil	EVALUACION DE LA GESTION - PROVISIONALES PORTAFOLIO DE EVIDENCIAS	Código: M-ODT-FM-028
		Versión: 1
		Vigencia: Diciembre de 2016

RESPONSABLES DEL PROCESO

ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	MANUEL TOVAR - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (3)

CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (3) AJUSTADO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIAS DE DESEMPEÑO	OBSERVACIONES Y FECHA DE REGISTRO O DE ENTREGA DE LA EVIDENCIA
CAPACITACIÓN VIRTUAL REALIZADA POR LA SUB RED SUR OCCIDENTE KENNEDY.	CERTIFICACIÓN DEL CURSO EN EL AULA VIRTUAL.	ES UNA HERRAMIENTA ADECUADA Y FÁCIL DE ACCEDER PARA CAPACITARSE.

EVIDENCIAS DEL ENTREGABLE FINAL
PRODUCTO, SERVICIO O RESULTADO

OBSERVACIONES GENERALES

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL: Gina Paola Calderon Ostos

VALIDACIÓN SEMESTRAL O POR CAMBIO DE SUPERIOR INMEDIATO DIA MES AÑO

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL: Gina Paola Calderon Ostos

VALIDACIÓN POR FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DIA MES AÑO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTIÓN PÚBLICA Departamento Administrativo del Servicio Civil	EVALUACION DE LA GESTION - PROVISIONALES PORTAFOLIO DE EVIDENCIAS	Código: M-ODT-FM-028
		Versión: 1
		Vigencia: Diciembre de 2016

RESPONSABLES DEL PROCESO		
ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	MANUEL TOVAR - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (5)

APRENDIZAJE CONTINUO - DECRETO 815

PLAN DE TRABAJO - COMPONENTE LABORAL
ENTREGABLE (5) AJUSTADO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIAS DE DESEMPEÑO	OBSERVACIONES Y FECHA DE REGISTRO O DE ENTREGA DE LA EVIDENCIA
ASISTENCIA A CAPACITACIONES, QUE ORGANIZA EL SERVICIO PARA OPTIMIZAR RECURSOS Y MANEJO ADECUADO DE EQUIPOS	ARCHIVO PERSONAL , HOJA DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y CHARLAS	LAS CAPACITACIONES SON UNA HERRAMIENTA QUE AYUDAN A OPTIMIZAR EL MANEJO DE INSUMOS, EQUIPOS, FAVORECE LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS

EVIDENCIAS DEL ENTREGABLE FINAL
PRODUCTO, SERVICIO O RESULTADO

OBSERVACIONES GENERALES

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

VALIDACIÓN SEMESTRAL O POR CAMBIO DE SUPERIOR INMEDIATO DIA MES AÑO

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO — FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL

VALIDACIÓN POR FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DIA MES AÑO

PLAN DE MEJORAMIENTO - COMPONENTE COMPORTAMENTAL			
COMPETENCIA	**ACCIONES DE MEJORAMIENTO El Empleado...**	**SEGUIMIENTO INICIAL** (A mitad de período)	**SEGUIMIENTO AL FINAL DEL PERÍODO SEMESTRAL**
Integración a la cultura organizacional: Disposición para aceptar y acatar las normas, reglamentos y características de la entidad	Se muestra mas integrado al equipo de trabajo y con mayor disposición para atender los requerimientos y necesidades de la entidad y de sus usuarios internos y externos		
Disposición de aprendizaje: Disposición para acatar los lineamientos, aplicar los procesos y procedimientos definidos en la entidad	Desarrolla su trabajo teniendo en cuenta los procesos, procedimientos y lineamientos institucionales, haciendo uso efectivo de las herramientas disponibles y se mantiene actualizado en los temas que impactan su gestión		
Capacidad de aporte a la gestión: Disposición para entregar a la entidad y al equipo de trabajo sus conocimientos, habilidades y destrezas para la realización de las funciones asignadas	Aporta al equipo de trabajo a partir de su formación, experticia y conocimientos, es propositivo ante situaciones que requieran de su intervención y contribuye al mejor desempeño de la dependencia o el área de trabajo		
Disposición de servicio: Demuestra interés por la atención a los usuarios **internos y externos** de la entidad	Se muestra dispuesto a escuchar al usuario, atendiendo su solicitud y brindando la orientación que este requiera, empleando un lenguaje respetuoso, acorde con la responsabilidad del empleo y de su condición de servidor público		

FIRMA DE SUPERIOR INMEDIATO	FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL Gina Paola Calderón Ostos

SEGUIMIENTO INICIAL	DIA		MES		AÑO	

OBSERVACIONES DEL AVANCE Y/O DEL RESULTADO DEL PROCESO

FIRMA DE SUPERIOR INMEDIATO	FIRMA DEL EMPLEADO PROVISIONAL Gina Paola Calderón Ostos

SEGUIMIENTO AL FINAL DEL PERÍODO	DIA		MES		AÑO	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GESTIÓN PÚBLICA Departamento Administrativo del Servicio Civil	EVALUACION DE LA GESTION - PROVISIONALES PORTAFOLIO DE EVIDENCIAS - COMPONENTE COMPORTAMENTAL - PLAN DE MEJORA	Código: M-ODT-FM-028 Versión: 1 Vigencia: Diciembre de 2016

ROL	SUPERIOR INMEDIATO	EMPLEADO PROVISIONAL
NOMBRE	MANUEL TOVAR - LIZETH LARA	GINA PAOLA CALDERON OSTOS
CRITERIOS	**SEGUIMIENTO INICIAL**	**SEGUIMIENTO FINAL DEL PERÍODO**
ACCIONES DE MEJORA	Integración a la cultura organizacional: Disposición para aceptar y acatar las normas, reglamentos y características de la entidad	
Se muestra mas integrado al equipo de trabajo y con mayor disposición para atender los requerimientos y necesidades de la entidad y de sus usuarios internos y externos		
ACCIONES DE MEJORA	Disposición de aprendizaje: Disposición para acatar los lineamientos, aplicar los procesos y procedimientos definidos en la entidad	
Desarrolla su trabajo teniendo en cuenta los procesos, procedimientos y lineamientos institucionales, haciendo uso efectivo de las herramientas disponibles y se mantiene actualizado en los temas que impactan su gestión		
ACCIONES DE MEJORA	Capacidad de aporte a la gestión: Disposición para entregar a la entidad y al equipo de trabajo sus conocimientos, habilidades y destrezas para la realización de las funciones asignadas	
Aporta al equipo de trabajo a partir de su formación, experticia y conocimientos, es propositivo ante situaciones que requieran de su intervención y contribuye al mejor desempeño de la dependencia o el área de trabajo		
ACCIONES DE MEJORA	Disposición de servicio: Demuestra interés por la atención a los usuarios internos y externos de la entidad	
Se muestra dispuesto a escuchar al usuario, atendiendo su solicitud y brindando la orientación que este requiera, empleando un lenguaje respetuoso, acorde con la responsabilidad del empleo y de su condición de servidor público		

compensar - EPS

PROGRAMA
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Incapacidad No. 915786

Fecha de Expedición: Día 4 | Mes 11 | Año 2013

Certificado de Incapacidad o Licencia de Maternidad

Datos del Paciente

Nombre	Gina Paola Calderón Ospina	Identificación	1030545295
Ocupación / Cargo	Instrumentadora.	Edad	25
		Sexo	M ☐ F ☒

Datos de la Incapacidad

Diagnóstico principal	Dolor torácico	Código	R074
Diagnóstico relacionado	Amigdalitis C/	Código	J499

Clase de procedimiento: ☐ Ambulatorio ☐ Hospitalario ☐ Urgencia

Días de incapacidad: Número 2 | Días en letras Dos | Inicial ☐ | Prórroga ☐

Fecha de iniciación: 2013-11-14 | Fecha de terminación: 2013-12-15

Causa externa: ☒ Enfermedad general ☐ Accidente de tránsito ☐ Otro tipo de accidente

☐ Accidente de trabajo: Fecha Día | Mes | Año ☐ Enfermedad profesional ☐ Maternidad

Resumen de la Historia Clínica que justifique los días de incapacidad. Si hay dudas sobre el origen de la incapacidad, por favor registre la observación.

Paciente de 8 días dolor en tórax, Antibióticos y dieta

Datos del Profesional Solicitante

Nombre: Wilfrando Mapp	Firma y Sello del Profesional	Gina Paola Calderón O 1030545295 Firma y C.C. Trabajador
Identificación: 79785 974		

Datos para diligenciar por el Empleador

Razón Social	Tipo de aportante: Pequeño ☐ Grande ☐ Consolidado ☐	Firma y sello de la Empresa
Identificación Tributaria: Nit. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐	Cuenta No. ____ Ahorro ☐ Corriente ☐	
No. Identificación Tributaria	Banco o Corporación	

Espacio para ser diligenciado únicamente por el área de Incapacidades y Reembolsos de Compensar EPS

Diagnóstico ☐☐☐☐ Tipo ☐ Origen ☐☐ Quirúrgico ☐

Vo. Bo. Enfermera ____ Vo. Bo. Coordinadora ____

Observaciones

20 NOV 2013

5433.

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
AREA GESTION HUMANA
21 NOV 2013
Hora: ____
Recibido Por: MICHAEL
Radicado Nº ____

Original: Compensar EPS

3175 FOR-IYR-0001

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA DE MATERNIDAD

DATOS PARA DILIGENCIAR POR EL PROFESIONAL

Registre la información en letra legible y sin enmendaduras

Dia/Mes/Año: Registre la fecha de expedición de la incapacidad o licencia de maternidad, que debe corresponder a la fecha de la valoración médica.

DATOS DEL PACIENTE (Trabajador cotizante)

Nombre: Nombres y apellidos.

Identificación: Registre el número del documento de identidad presentado por el paciente.

Ocupación / Cargo: Registre la ocupación del trabajador, según interrogatorio.

Edad: Registre los años cumplidos del paciente.

Sexo: Señale con una X (equis) según corresponda, M: masculino, F: femenino.

DATOS DE LA INCAPACIDAD

Diagnóstico principal: Registre en letras el diagnóstico y el número del Código correspondiente, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.

Diagnóstico relacionado: Registre en letras el diagnóstico y el número del Código correspondiente, relacionado con el diagnostico principal, para considerar la prórroga.

Clase de procedimiento: Señale con una X (equis) si se refiere a una incapacidad:

-Ambulatoria: En atención ambulatoria. Sin internación.

-Hospitalaria: En atención hospitalaria. Con internación

-Urgencia: Atención en el servicio de urgencias.

Días de Incapacidad: Registre en número y letras y marque con una X (equis):

-Inicial: Incapacidad expedida por primera vez por un determinado diagnóstico.

-Prórroga: Continuación de la primera incapacidad, siempre y cuando, entre la fecha final de una y la fecha inicial de la otra incapacidad, la interrupción no sea mayor a treinta días y que correspondan a un mismo diagnóstico, o diagnóstico relacionado.

HOSPITAL
COORDINACIÓN SALAS DE CIRUGÍA
FECHA NOV 19 2013
HORA 12:30 pm
RECIBIDO POR

Fecha de iniciación: Día/Mes/Año, en que inicia la incapacidad o licencia de maternidad.

Fecha de terminación: Día/Mes/Año, en que termina la incapacidad o licencia de maternidad.

Causa Externa: Registre con una X (equis):

- Enfermedad general
- Accidente de tránsito
- Otro tipo de accidente
- Accidente de trabajo; Registre Día/Mes/Año
- Enfermedad profesional
- Maternidad

Resumen de la historia clínica que justifique los días de incapacidad: Registre la justificación de la expedición de la incapacidad, prórroga, sospecha de accidente de trabajo o enfermedad profesional u otra observación que considere importante.

Datos del Profesional: Nombre, Especialidad, Identificación y Registro Médico y sello del profesional que expide la incapacidad.

Firma y Cédula de Ciudadanía del trabajador.

DATOS PARA DILIGENCIAR POR EL EMPLEADOR

Razón Social: Nombre de la empresa en la que está laborando el trabajador

Tipo de Aportante: Registre con una X (equis):

- **Pequeño:** Empleador con menos de 20 trabajadores vinculados a la empresa por contrato de trabajo o relación legal y reglamentaria.
- **Grande:** Empleador con más de 20 trabajadores vinculados a la empresa por contrato de trabajo o relación legal y reglamentaria.
- **Consolidado:** Grandes aportantes con más de 20 sucursales a nivel nacional o sucursales en más de 5 municipios, que hagan sus aportes en forma consolidada.

Identificación Tributaria: Marque con una X (equis) en la casilla según corresponda.

Número de Identificación Tributaria: Registre el número

Autorización de pago: Registre el nombre del Banco o Corporación, número y tipo de la cuenta. La cuenta a nombre de la empresa, debe ser de único titular, no compartida.

Firma y sello de la Empresa: Persona autorizada por la empresa con el sello correspondiente.

Certificado de incapacidad o Licencia de maternidad

compensar | salud

Incapacidad No.	Fecha de Expedición Día	Mes	Año
5109023	09	05	2012

Datos del paciente

Nombre	GINA CALDERON	Identificación	1030545205
Ocupación / Cargo	AUXILIAR ENFERMERIA	Edad 21	Sexo M ☐ F ☒

Datos de la incapacidad

Diagnóstico principal	Bronquitis aguda	Código J209	Diagnóstico relacionado / Código
Clase de procedimiento	☐ Ambulatorio	☐ Hospitalario	☐ Urgencia
Días de incapacidad	Número 2	Días en letras DOS	Inicial ☐ Prórroga ☐
Fecha de Iniciación	2012-05-09	Fecha de terminación	2012-05-10
Causa externa	☒ Enfermedad general	☐ Accidente de tránsito	☐ Otro tipo de accidente
	☐ Accidente de trabajo: Fecha Día / Mes / Año	☐ Enfermedad profesional	☐ Maternidad

Resumen de la Historia Clínica que justifique los días de incapacidad. Si hay dudas sobre el origen de la incapacidad, por favor, registre la observación.

DS 4 DIAS. DX COMO SOPORTE MIALGIAS, FIEBRE, CEFALEA Y MALESTAR GENERAL

Datos del profesional solicitante

Nombre JULIAN MAURICIO VARGAS	Firma y Sello del profesional	Gina Paola Calderón Ostos 1030545205 BTA Firma y C.C. Trabajador
Identificación 79809421		

Datos para diligenciar por el empleador

Social	Tipo de aportante Pequeño ☐ Grande ☐ Consolidado ☐	Firma y Sello de la empresa
Identificación tributaria Nit. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐	Cuenta No. Ahorro ☐ Corriente ☐	
No. Identificación tributaria	Banco o Corporación	

Espacio para ser diligenciado únicamente por el área de Incapacidades y Reembolsos de Compensar EPS

Diagnóstico ☐☐☐☐ Tipo ☐ Origen ☐☐ Quirúrgico ☐

Vo. Bo. Enfermera Vo. Bo. Coordinadora

Observaciones

2844

HOSPITAL RECIBIDO

14 MAR 2012

11:00 am

Original: Compensar EPS

FOR-PSS-0035

Certificado de incapacidad o Licencia de maternidad

compensar

Incapacidad No. 5109023 | Fecha de Expedición Día 09 Mes 05 Año 2012

Datos del paciente

Nombre Gina Calderon | Identificación 1030545205

Ocupación / Cargo Estudiante | Edad 24 | Sexo M

Datos de la incapacidad

Diagnóstico principal Bronquitis aguda | Código J209 | Diagnóstico relacionado | Código

Clase de procedimiento | Ambulatorio | Hospitalario | Urgencia

Días de incapacidad Número 2 | Días en letras Dos | Inicial | Prórroga

Fecha de Iniciación 2012-05-09 | Fecha de terminación 2012-05-10

Causa externa | Enfermedad general | Accidente de tránsito | Otro tipo de accide

Accidente de trabajo: Fecha Día Mes Año | Enfermedad profesional | Maternidad

Resumen de la Historia Clínica que justifique los días de incapacidad. Si hay dudas sobre el origen de la incapacidad, por favor, registre la observación.

DS y rinorrea. Dx con sospecha meningoencef, sinusal, ref. y manejado [illegible]

Datos del profesional solicitante

Nombre Julio Tamara Vargas

Identificación 79389211

Firma y Sello del profesional

Gina Paola Calderón 1030545205 Bta

Firma y C.C. Trabajador

Datos para diligenciar por el empleador

Razón Social | Tipo de aportante | Pequeño | Grande | Consolidado

Identificación tributaria Nit. | C.C. | C.E. | Cuenta No. | Ahorro | Corriente

No. Identificación tributaria | Banco o Corporación

52IA8271 BTA

Firma y Sello de la empresa

Espacio para ser diligenciado únicamente por el área de Incapacidades y Reembolsos de Compensar EPS

Diagnóstico | Tipo | Origen | Quirúrgico

Vo. Bo. Enfermera | Vo. Bo. Coordinadora

Observaciones

2851

HOSPITAL KENNEDY

FECHA 15 MAY 2012

HORA 7:00 am

RECIBIDO POR [illegible]

Original: Compensar EPS

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA

NIT 860070301

CENTRO DE ATENCIÓN :SAMU AV. 68 CENTRO

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº153425

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 21/octubre/2013 10:03 a.m.

Médico: 33377708 ERIKA BRIGETTE MARTINEZ RODRIGUEZ

Información Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1030545205 **Edad:** 25 Años \ 5 Meses \ 20 Días **F. Nacimiento:** 02/05/1988

Ocupación: **Clase de incapacidad:** Inicial

Entidad: EPS008 COMPENSAR E P S **Causa Externa:** Enfermedad_General

Diagnóstico: A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 1 **Fecha Inicial:** 21/octubre/2013 **Fecha Final:** 21/octubre/2013

EDA + RINOFARINGITIS

Cruz Roja Colombiana Bogotá Cundinamarca
Servicio de Atención Médica Urgencias
PRESENTACIÓN

Pagina 1/1
lunes, 21 de octubre de 2013 9:54 a.m.
Usuario Impresión:33377708

MARTINEZ RODRIGUEZ ERIKA BRIGETTE
MEDICO GENERAL
R.M. 33377708

NOTA: ESTE DOCUMENTO NO TIENE VALIDEZ SI NO CUENTA CON EL SELLO SECO DE LA INSTITUCIÓN

Gina Paola Calderon Ostos
1030545205 Bta

OK Hy-mb (ITH
control 10 de Sales

23 OCT 2013
4647

Hospital Occidente de Kenne...
AREA GESTION HEM...
24 OCT 2013
Hora:
Recibido Por:
Radicado Nº

2880

LICENCIADO A: CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA NIT 860070301 11

372

H.V

compensar | salud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

Fecha de expedicion **Bogotá D.C., abril 10 2012** Remisión No. **1209447073671720201**

GINA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: 3445118 Edad: 23 Año(s) 11 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
Dx: J209. BRONQUITIS AGUDA- NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 3 (TRES) **Fecha de Iniciación:** abril 10 2012 **Fecha de terminación:** abril 12 2012

Observaciones:

GESTION HUMANA

Número de Incapacidad	**NIT Empresa**
10323886	800196939

Profesional: LUIS FERNANDO VARGAS FONSECA
Identificación: 79389978
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: Av 1 de Mayo 41 F - 78
Teléfono: 4039393

2520

HOSPITAL (ENNED)

10 ABR 2012

HORA 10:29 am

RECIBIDO POR dicarits

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

52984976

Firma y C.C. del Trabajador

Vencimiento: 10/04/2012 12:00:00 a.m.

VIGILADO Supersalud

FOR - PSS - 0253

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

compensar | salud

Laboral y/o Lic. de Maternidad

Bogotá D.C., abril 10 2012

1209447073671720201

Fecha de expedicion Remisión No.

GINA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: 3445118 Edad: 23 Año(s) 11 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
Dx: J209. BRONQUITIS AGUDA- NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa Ámbito de Realización: Ambulatoria Tipo de Proceso: No Quirúrgico Días de Incapacidad: 3 (TRES) Fecha de Iniciación: abril 10 2012 Fecha de terminación: abril 12 2012

Observaciones:

Número de Incapacidad: 10323886

NIT Empresa: 800196939

Profesional: LUIS FERNANDO VARGAS FONSECA
Identificación: 79389978
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: Av 1 de Mayo 41 F - 78
Teléfono: 4039393

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Gina Paola Calderón Ostos

Firma y C.C. del Trabajador

1030545205 Bta

Vencimiento: 10/04/2012 12:00:00 a.m.

VIGILADO Supersalud

FOR - PSS - 0253

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA

860070301

6/

INCAPACIDAD MÉDICA
Nº18424

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 05/March/2013 11:36 AM

Médico: 52814801 MARIA ISABEL RAMIREZ ARIAS

Información Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadania **Número:** 1030545205 **Edad:** 24 Años \ 10 Meses \ 3 Dias **F. Nacimiento:** 02/05/1988

Entidad: EPS008 COMPENSAR E P S

Diagnóstico: LUMBAGO NO ESPECIFICADO

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 2 **Fecha Inicial:** 05/March/2013 **Fecha Final:** 06/March/2013

DX 1 LUMBALGIA MECANICA
2 TENDINITIS HOMBRO IZQUIERDO

Página 1 / 1
Tuesday, 05 de March de 2013 11:43 AM
Usuario Impresión:52814801

Ma Isabel

RAMIREZ ARIAS MARIA ISABEL
MEDICO GENERAL
R.M. 52814801

Gina Paola Calderón Ostos
CC 1030545205

HOSPITAL KENNEDY
FECHA 08 MAR 2013
HORA 3:30pm
RECIBIDO POR Glapez
903.

Incapacidad Laboral Cruz Roja Cundinamarca

693
Caroline B.

AUTENTICADO AL CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA NIT 860070301 [illegible]

IPS Atención: Hospital Universitario Clinica San Rafael Ciudad: Bogotá D.C.
Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS Identificación: CC 1030545205 EstadoCivil: SOLTERO
Sexo: FEMENINO Edad: 24 Años 8 Meses 16 Días Fecha Nac: 1988/05/02 Grupo Atención: Otros
IPS Primaria: Regional:
Fecha Ingreso: 2013/01/17 Hora Ingreso: 11:13:12 Nro Cuenta: 3174563 Ocupación: Enfermeros

GLASGOW

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado:
ESPONTANEAMENTE	OBEDECE/LACT:MOVIMIENTOS NORMALES	ORIENT Y CONVER/LACT:BALBUSEA	Alerta	15

DIAGNOSTICOS

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Lumbago no especificado	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M545	CONFIRMADO NUEVO	

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Nombre	Observaciones

MEDICAMENTOS

Nombre	Posología	Observaciones
nap no 250mg tab	tomar 1 tableta(s) cada 8 horas durante 5 día(s)	

INCAPACIDADES Fecha Inicial: 2013/01/17 Fecha Final: 2013/01/18 Duración (Días): 2
Tipo: Ambulatoria No Quirúrgica Concepto: Enfermedad General
Diagnóstico: M545 Lumbago no especificado
Observaciones

RECOMENDACIONES: PACIETNE CON CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE DOLOR LUMBAR, CON IRRADIACION A MIEMBRO INFERIOR DERECHO, CON HIPERALGESIA. AL MOMENTO CON LASEGUE POSITIVO. SE CONSIDERA CUADRO LUMBAGO CON CIATICA. SE ORDENA ANAGLGESIA, DICLOFENACO Y DEXAMETASONA. EXPLICO A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTEDER Y ACEPTAR

PLAN TERAPEUTICO:

Dr. Fredy Romaña Mosquera
C.C. 1.017.125.180 - RM 27062612
Médico General
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

Profesional: Fredy Romaña Mosquera **Especialidad:** MEDICINA GENERAL
Identificación: 1017125180 **Registro Profesional:** 1017125180

VRB Urgencias

Katherine Segundal Social

28 FEB 2013
625
Carolina B.

Total 4 días marzo/14
1ª Inc. no fue continua
por tanto son 3 días.

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA

NIT 860070301

CENTRO DE ATENCIÓN :SAMU AV. 68 CENTRO

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº242917

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 07-March-2014 12:29 PM

Médico: 11435175 GERMAN TORRES SILVA

Información Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1030545205 **Edad:** 25 Años \ 10 Meses \ 4 Días **F. Nacimiento:** 02-05-1988

Ocupación: **Clase de incapacidad:** Inicial

Entidad: EPS008 COMPENSAR E P S **Causa Externa:** Enfermedad_General

Diagnóstico: J030 AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 1 **Fecha Inicial:** 07-March-2014 **Fecha Final:** 07-March-2014

1

Pagina 1/1
Friday, 07 de March de 2014 12:31 PM
Usuario Impresión:11435175

TORRES SILVA GERMAN
MEDICO GENERAL
R.M. 11435175

NOTA: ESTE DOCUMENTO NO TIENE VALIDEZ SI NO CUENTA CON EL SELLO SECO DE LA INSTITUCIÓN

Gina Paola Calderón
10-03-14
9:30 AM

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
Archivo Gestión Documental
10 MAR 2014
Hora
Recibido Por: Heidy

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
Central de Correspondencia
Fecha: 10 Marzo 2014
Nº Radicación 1503
Recibido Por: Johanna C.

4769

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA - UT

NIT 900588343

CENTRO DE ATENCIÓN :SAMU LA ALQUERIA - SUR

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº249559

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 15/marzo/2014 09:19 p.m.

Médico: 1016002145 BEATRIZ HELENA WILCHES ACUÑA

Información Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1030545205 **Edad:** 25 Años \ 10 Meses \ 12 Días **F. Nacimiento:** 02/05/1988

Ocupación: **Clase de incapacidad:** Inicial

Entidad: EPS008 COMPENSAR E P S **Causa Externa:** Enfermedad_General

Diagnóstico: J029 FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 2 **Fecha Inicial:** 15/marzo/2014 **Fecha Final:** 16/marzo/2014

FARINGITIS AGUDA

Pagina 1/1
sábado, 15 de marzo de 2014 9:19 p.m.
Usuario Impresión:1016002145

WILCHES ACUÑA BEATRIZ HELENA
MEDICO GENERAL.
R.M. 1016002145

NOTA: ESTE DOCUMENTO NO TIENE VALIDEZ SI NO CUENTA CON EL SELLO SECO DE LA INSTITUCIÓN

19 MAR 2014

4953

17 Marzo 2014

1660

LICENCIADO A: [CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA] NIT [860070201-1]

Total 4 días
Marzo/14

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

compensar | eps
Laboral y/o Lic. de Maternidad | salud

Bogotá D.C., marzo 17 2014

1326647712888000201

GINA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: 3445118 Edad: 25 Año(s) 4 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS PROFESIONALES Y TÉCNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPÍGRAFES
Dx: J209, BRONQUITIS AGUDA- NO ESPECIFICADA

Fecha de expedición | Remisión No.

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 1

(UN) **Fecha de Iniciación:** marzo 17 2014 **Fecha de terminación:** marzo 17 2014

Observaciones:

Número de Incapacidad: 10748931

NIT Empresa: 800196939

Profesional: ALEJANDRO SERRANO GOMEZ
Identificación: 80415581
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: Trans 78 H N° 41C-48 Sur (Actual)
Teléfono: 4039393

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Gina Paola Calderón Ostos

Firma y C.C. del Trabajador

1030545205 Bta

Vencimiento: 17/03/2014 12:00:00 a.m.

VIGILADO Supersalud

FOR-CYS-035 Versión 0

Junio/14

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

compensar | eps
Laboral y/o Lic. de Maternidad | salud

Bogotá D.C., junio 18 2014

1416947962905860201

GINA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: 3445118 Edad: 26 Año(s) 1 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: AJUSTADORES, MONTADORES E INSTALADORES DE MÁQUINAS E INSTRUMENTOS DE PRECISIÓN EXCEPTO ELECTRICISTAS
Dx: A084, INFECCION INTESTINAL VIRAL- SIN OTRA ESPECIFICACION

Fecha de expedición | Remisión No.

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** junio 18 2014 **Fecha de terminación:** junio 19 2014

Observaciones:

Número de Incapacidad: 10803490

NIT Empresa: 800196939

Profesional: RENSON ROMERO TORRES
Identificación: 79706699
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TRV 78 H 41 C 48 SUR
Teléfono: 4039393

Renson Romero Torres
MEDICO GENERAL
R.M. 134/2005

Hospital Occidente de Kennedy II Nivel
AREA GESTION HUMANA
20 JUN 2014
Hora:
Recibido Por:
Sellado No

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Gina Paola Calderón Ostos

Firma y C.C. del Trabajador

1030545205 Bta

Vencimiento: 18/06/2014 12:00:00 a.m.

6233

VIGILADO Supersalud

FOR-CYS-035 Versión 0

12

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

compensar | eps salud

Laboral y/o Lic. de Maternidad

1416947962905860201

Bogotá D.C., junio 18 2014

GINA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: 3445118 Edad: 26 Año(s) 1 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: AJUSTADORES, MONTADORES E INSTALADORES DE MÁQUINAS E INSTRUMENTOS DE PRECISIÓN EXCEPTO ELECTRICISTAS

Dx: A084. INFECCION INTESTINAL VIRAL- SIN OTRA ESPECIFICACION

Fecha de expedición

Remisión No.

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** junio 18 2014 **Fecha de terminación:** junio 19 2014

Observaciones:

Número de Incapacidad

10803490

NIT Empresa

800196939

Profesional: RENSON ROMERO TORRES
Identificación: 79706699
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TRV 78 H 41 C 48 SUR
Teléfono: 4039393

Renson Romero Torres
MEDICO GENERAL
R.M. 134/2003

Hospital Pediátrico de Kennedy III Nivel
Control de Correspondencia
Fecha: 19 06 14
No. 4813
Recibido en: admisiones

Vencimiento: 18/06/2014 12:00:00 a.m.

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Gina Paola Calderón Ostos

Firma y C.C. del Trabajador

1030545205 Bta

VIGILADO Supersalud

FOR-CYS-035 Versión 0

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA - UT

NIT 900588343

CENTRO DE ATENCIÓN : SAMU LA ALQUERIA - SUR

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº444793

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 17/noviembre/2014 12:07 p.m.

Médico: 1023860899 MARIO ALEJANDRO LOZANO MURILLO

Información Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1030545205 **Edad:** 26 Años \ 6 Meses \ 16 Días **F. Nacimiento:** 02/05/1988

Ocupación:

Clase de incapacidad: Inicial

Entidad: EPS008 COMPENSAR E P S **Causa Externa:** Enfermedad_General

Diagnóstico: M533 TRASTORNOS SACROCOCCIGEOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 1 **Fecha Inicial:** 17/noviembre/2014 **Fecha Final:** 17/noviembre/2014

SE INCAPACITA POR EL DIA DE HOY

lunes, 17 de noviembre de 2014 12:07 p.m.

Usuario Impresión:1023860899

LOZANO MURILLO MARIO ALEJANDRO
MEDICO GENERAL
R.M. 1023860899

NOTA: ESTE DOCUMENTO NO TIENE VALIDEZ SI NO CUENTA CON EL SELLO SECO DE LA INSTITUCIÓN

Gina Calderón
1030545205
18-11-14

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
AREA GESTION HUMANA
20 NOV 2014
Hora:
Recibido Por:
Radicado Nº.

8-137

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
Central de Correspondencia
Fecha: 19-11-14
Nº Radicado: 9194
Recibido Por: adriana

LICENCIADO A: [CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA] NIT [860037201-1]

Rad. 6ue/15
14

compensar | eps

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

Bogotá D.C., enero 08 2015 **1500847742198440202**

Fecha de expedición

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 26 Año(s) 8 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: PSICÓLOGOS, PARAMÉDICOS, TECNICOS O HIGIENISTAS DENTALES, PROMOTORES DE SALUD Y OTRO PERSONAL DEL ÁREA DE LA SALUD
Dx: J029, FARINGITIS AGUDA- NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Dias de Incapacidad:** 1

(UN) **Fecha de Iniciación:** enero 08 2015 **Fecha de terminación:** enero 08 2015

Observaciones:

compensar | salud
Alejandro Serrano Gómez
Médico General - C.C. 80.415.581

Número de Incapacidad

10920808

NIT Empresa

800196939

Profesional: ALEJANDRO SERRANO GOMEZ
Identificación: 80415581
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: Trans 78 H N° 41C-48 Sur (Actual)
Teléfono: 4441234

OK Yiliana 3 de Coordinadora CX

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Gina Paola Calderón O

Firma y C.C. del Trabajador
1030545205 Bta

Vencimiento: 08/01/2015 12:00:00 a.m.

VIGILADO Supersalud

FOR-CYS-035 Versión 0

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
Área Gestión Humana
Recibido Por:
Hora:
09 ENE 2015

compensar | eps
salud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

Bogotá D.C., enero 08 2015 **1500847742198440202**

Fecha de expedición

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 26 Año(s) 8 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: PSICÓLOGOS, PARAMÉDICOS, TÉCNICOS O HIGIENISTAS DENTALES, PROMOTORES DE SALUD Y OTRO PERSONAL DEL ÁREA DE LA SALUD
Dx: J029. FARINGITIS AGUDA- NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 1

(UN) **Fecha de Iniciación:** enero 08 2015 **Fecha de terminación:** enero 08 2015

Observaciones:

compensar | salud
Alejandro Serrano Gómez
Médico General - C.C. 80.415.581

Número de Incapacidad

10920808

NIT Empresa

800196939

Profesional: ALEJANDRO SERRANO GOMEZ
Identificación: 80415581
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: Trans 78 H N° 41C-48 Sur (Actual)
Teléfono: 4441234

ok Alejandra Jefe Coordinadora CA

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Gina Paola Calderón O

Firma y C.C. del Trabajador
1030545205 Bta

Vencimiento: 08/01/2015 12:00:00 a.m.

VIGILADO Supersalud

FOR-CYS-035 Versión 0

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Req 26/15

16

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA - UT

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

NIT 900588343

CENTRO DE ATENCIÓN : SAMU LA ALQUERIA - SUR

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº516664

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 15/febrero/2015 09:00 a.m.

Médico: 1067717228 ANA RITA CABARCAS SIERRA

Información Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1030545205 **Edad:** 26 Años \ 9 Meses \ 15 Días **F. Nacimiento:** 02/05/1988

Ocupación: **Clase de incapacidad:** Inicial

Entidad: EPS008 COMPENSAR E P S **Causa Externa:** Enfermedad_General

Diagnóstico: J039 AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 1 **Fecha Inicial:** 15/febrero/2015 **Fecha Final:** 15/febrero/2015

domingo, 15 de febrero de 2015 9:00 a.m.

Usuario Impresión:1067717228

CABARCAS SIERRA ANA RITA
MEDICO GENERAL
R.M. 1067717228

NOTA: ESTE DOCUMENTO NO TIENE VALIDEZ SI NO CUENTA CON EL SELLO SECO DE LA INSTITUCIÓN

Cruz Roja Colombiana Bogotá - Cundinamarca
Servicio de Atención Medica Urgencias S.A.M.U.
ALQUERIA
PRIORITARIA

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
AREA GESTION HUMANA
17 FEB 2015
Hora: 2:33 pm
Recibido Por:
Radicado Nº

608

LICENCIADO A: [CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA] NIT [8600870201 13

Un Integrado

compensar | eps
salud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

Fecha de expedición **Bogotá D.C., marzo 26 2015** Remisión No. **1508548142190970201**

~~GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 26 Año(s) 10 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL~~
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS PROFESIONALES Y TÉCNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPÍGRAFES
Dx: A09X. DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** marzo 26 2015 **Fecha de terminación:** marzo 27 2015

Observaciones:

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
ÁREA ADMISIÓN URGENCIAS
30 MAR 2015
Hora:
Recibido Por:
Radicado:

Número de Incapacidad

10961443

NIT Empresa

800196939

Profesional: WILLINGTON ALEJANDRO ORTEGA CUBIDES
Identificación: 7174169
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: Av 1 de Mayo 41 F - 78
Teléfono: 4039393

Gina Calderón Ostos

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

1030545205

Firma y C.C. del Trabajador

VIGILADO Supersalud

FOR-CYS-035 Versión 0

Incapacidad

compensar | eps salud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

Fecha de expedición **Bogotá D.C., marzo 26 2015** | Remisión No. **1508548142190970201**

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 26 Año(s) 10 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS PROFESIONALES Y TÉCNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
Dx: A09X. DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** marzo 26 2015 **Fecha de terminación:** marzo 27 2015

Observaciones:

Hospital Occidente de Kennedy (II Nivel) ÁREA CLÍNICA MEDICINA
30 MAR 2015
Hora: 3:35 pm
Recibí:
Radicó:
1069

Número de Incapacidad: 10961443

NIT Empresa: 800196939

Profesional: WILLINGTON ALEJANDRO ORTEGA CUBIDES
Identificación: 7174169
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: Av 1 de Mayo 41 F - 78
Teléfono: 4039393

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Firma y C.C. del Trabajador

Vencimiento: 26/03/2015 12:00:00 a.m.

VIGILADO Supersalud

compensar | eps salud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

Fecha de expedición Bogotá D.C., marzo 26 2015 | Remisión No. 1508548142190970201

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 26 Año(s) 10 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS PROFESIONALES Y TÉCNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
Dx: A09X. DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** marzo 26 2015 **Fecha de terminación:** marzo 27 2015

Observaciones:

Número de Incapacidad: 10961443

NIT Empresa: 800196939

Profesional: WILLINGTON ALEJANDRO ORTEGA CUBIDES
Identificación: 7174169
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: Av 1 de Mayo 41 F - 78
Teléfono: 4039393

Gina Paola Calderón

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

1030545205

VIGILADO Supersalud

compensar | eps salud

CERTI..CADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

19

No. 000252117

Bogotá D.C., abril 26 2016 **1611689636361750202**

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 27 Año(s) 11 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Dx: R103. DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** abril 26 2016 **Fecha de terminación:** abril 27 2016

Observaciones:

compensar - Eps
Luis Horacio Cortés Amórtegui

Número de Incapacidad: 11183064

NIT Empresa: 800196939

Profesional: LUIS HORACIO CORTES AMORTEGUI
Identificación: 79285734
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TR78#41-23
Teléfono: 4039393

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Gina Paola Calderon

1030545205 Firma y C.C. del Trabajador

FOR-CDR-035 Versión 1

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

compensar | eps salud

Laboral y/o Lic. de Maternidad

20

No. 003759032

...otá D.C., mayo 26 2016 **1614789873346280201**

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 28 Año(s) 0 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: TRABAJADORES QUE HAN DECLARADO OCUPACIONES INSUFICIENTEMENTE DESCRITAS
Dx: J039. AMIGDALITIS AGUDA- NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** mayo 26 2016 **Fecha de terminación:** mayo 27 2016

Observaciones:

Yeny Paola Suarez Quintero

Número de Incapacidad: 11203651

NIT Empresa: 800196939

Profesional: YENY PAOLA SUAREZ QUINTERO
Identificación: 52455455
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TRV 78H NO. 41 C 48
Teléfono: 4039393

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Gina Paola Calderon

Firma y C.C. del Trabajador

31 MAY 2016

Vencimiento: 26/05/2016 12:00:00 a.m.

Sandy Martinez Manuel Villate

FOR-CDR-035 Versión 1

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

compensar | eps salud

No. 003759032

Bogotá D.C., mayo 26 2016

1614789873346280201

GINA PAOLA CALDERO[illegible]TOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 28 Año(s) [illegible]es(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: TRABAJADORES QUE HAN DECLARADO OCUPACIONES INSUFICIENTEMENTE DESCRITAS
Dx: J039. AMIGDALITIS AGUDA- NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2 (DOS) **Fecha de Iniciación:** mayo 26 2016 **Fecha de terminación:** mayo 27 2016

Observaciones:

Número de Incapacidad

11203651

NIT Empresa

800196939

Profesional: YENY PAOLA SUAREZ QUINTERO
Identificación: 52455455
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TRV 78H NO. 41 C 48
Teléfono: 4039393

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Gina Paola Calderón

Firma y C.C. del Trabajador

Vencimiento: 26/05/2016 12:00:00 a.m.

Sandy Martinez C

31 MAY 2016

1270

FOR-CDR-035 Versión 1

VIGILADO Supersalud

Reg. Aqui 1/6

compensar | eps salud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

Bogotá D.C., julio 30 2016 **16212897426124602O1**

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 28 Año(s) 2 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Dx: A084. INFECCION INTESTINAL VIRAL- SIN OTRA ESPECIFICACION

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** julio 30 2016 **Fecha de terminación:** julio 31 2016

Observaciones:
REPOSO EN CASA

Número de Incapacidad
11241957

NIT Empresa
800196939

Profesional: JAVIER ALI COCUNUBO GARCIA
Identificación: 80006346
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TR 73D N 39A 62 SUR
Teléfono: 4441234

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Firma y C.C. del Trabajador

Vencimiento: 30/07/2016 12:00:00 a.m.

No. 00641325 3

FOR-CDR-035 Versión 1

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

Bogotá D.C., julio 30 2016 **16212897426124602O1**

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 28 Año(s) 2 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Dx: A084. INFECCION INTESTINAL VIRAL- SIN OTRA ESPECIFICACION

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** julio 30 2016 **Fecha de terminación:** julio 31 2016

Observaciones:
REPOSO EN CASA

Número de Incapacidad
11241957

NIT Empresa
800196939

Profesional: JAVIER ALI COCUNUBO GARCIA
Identificación: 80006346
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TR 73D N 39A 62 SUR
Teléfono: 4441234

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Firma y C.C. del Trabajador

Vencimiento: 30/07/2016 12:00:00 a.m.

No. 00641325 4

FOR-CDR-035 Versión 1

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Sandy Martinez C
52930249
7:40 am. 02.08.16.

REPOSO EN CASA

23

Número de Incapacidad

11241957

NIT Empresa

800196939

Profesional: JAVIER ALI COCUNUBO GARCIA
Identificación: 80006348
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TR 73D N 39A 62 SUR
Teléfono: 4441234

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Firma y C.C. del Trabajador

Vencimiento: 30/07/2016 12:00:00 a.m.

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral v/o Lic. de Maternidad

Bogotá D.C., julio 30 2016 1621289742612460204 COMPE

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 28 Año(s) 2 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORM
Causa Externa: 13. ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
x: A084 INFECCION INTESTINAL VIRAL- SIN OTRA ESPECIFICACION

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2 (DOS) **Fecha de Iniciación:** julio 30 2016 **Fecha de terminación:** julio 31 2016

Observaciones:
REPOSO EN CASA

Número de Incapacidad

11241957

NIT Empresa

800196939

Profesional: JAVIER ALI COCUNUBO GARCIA
Identificación: 80006348
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TR 73D N 39A 62 SUR
Teléfono: 4441234

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Firma y C.C. del Trabajador

Vencimiento: 30/07/2016 12:00:00 a.m.

Sandy Madrid C
52930249
7:40am 02.08.16

compensar | eps salud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

24

No. 010434067

Bogotá D.C., octubre 10 2016 **1628414505911360201**

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 28 Año(s) 5 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Dx: M659. SINOVITIS Y TENOSINOVITIS- NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** octubre 10 2016 **Fecha de terminación:** octubre 11 2016

Observaciones:
MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO

Número de Incapacidad
11293283

NIT Empresa
900959048

Profesional: DIANA PATRICIA YEPES GALVAN
Identificación: 32881149
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TRV 78H NO. 41 C 48
Teléfono: 4039393

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Firma y C.C. del Trabajador

Vencimiento: 10/10/2016 12:00:00 a.m.

FOR-CDR-035 Versión 1

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

compensar | eps salud

No. 010434068

Bogotá D.C., octubre 10 2016 **1628414505911360201**

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 28 Año(s) 5 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Dx: M659. SINOVITIS Y TENOSINOVITIS- NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** octubre 10 2016 **Fecha de terminación:** octubre 11 2016

Observaciones:
MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO

Número de Incapacidad
11293283

NIT Empresa
900959048

Profesional: DIANA PATRICIA YEPES GALVAN
Identificación: 32881149
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TRV 78H NO. 41 C 48
Teléfono: 4039393

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Firma y C.C. del Trabajador

Vencimiento: 10/10/2016 12:00:00 a.m.

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
14 OCT 2016

Edgar Bernal Martinez C.
ENFERMERA JEFE

2329

13.10.16 13+17pm.

FOR-CDR-035 Versión 1

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

compensar | eps salu.

CERT.. ICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

25

No. 01043406?

Bogotá D.C., octubre 10 2016 **1628414505911360201**

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 28 Año(s) 5 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Dx: M659. SINOVITIS Y TENOSINOVITIS- NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** octubre 10 2016 **Fecha de terminación:** octubre 11 2016

Observaciones:
MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO

Número de Incapacidad
11293283

NIT Empresa
900959048

Profesional: DIANA PATRICIA YEPES GALVAN
Identificación: 32881149
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TRV 78H NO. 41 C 48
Teléfono: 4039393

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Gina Calderón

Firma y C.C. del Trabajador

Vencimiento: 10/10/2016 12:00:00 a.m.

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Laboral y/o Lic. de Maternidad

compensar | eps salu.

No. 01043406?

Bogotá D.C., octubre 10 2016 **1628414505911360201**

GINA PAOLA CALDERON OSTOS - CC - 1030545205 Programa: PC Edad: 28 Año(s) 5 Mes(es) Sexo: F Origen de Atención: NORMAL
Causa Externa: 13, ENFERMEDAD GENERAL Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Dx: M659. SINOVITIS Y TENOSINOVITIS- NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: Expedición Directa **Ámbito de Realización:** Ambulatoria **Tipo de Proceso:** No Quirúrgico **Días de Incapacidad:** 2

(DOS) **Fecha de Iniciación:** octubre 10 2016 **Fecha de terminación:** octubre 11 2016

Observaciones:
MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO

Número de Incapacidad
11293283

NIT Empresa
900959048

Profesional: DIANA PATRICIA YEPES GALVAN
Identificación: 32881149
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: TRV 78H NO. 41 C 48
Teléfono: 4039393

Nombre, Firma y C.C. de Quien Recibe

Gina Calderón

Firma y C.C. del Trabajador

Vencimiento: 10/10/2016 12:00:00 a.m.

Yenny Lorena Martinez C.
ENFERMERA JEFE

13.10.16
13+17pm

VIGILADO Supersalud

RECIBO: 15.05.18
9:39am

Incapacidad Médica

Carrera 48 No. 14 - 48 / Tel: (4) 444 4364
Medellín - Colombia

Av. 1a. Norte No. 5 N 65 / Tel: (2) 653 04 04
Cali - Colombia

Cra. 68D 18-30 / Tel: (1) 307 7364
Bogotá - Colombia

Pregunta por tus emi beneficios y emi especialistas al 018000413364 - grupoemi com

FECHA: 10/05/2018. CIUDAD: Bogotá.

NOMBRES: Gina APELLIDOS: Calderon.

Documento: T.I. C.C. OTRO Número: 1030545205 Edad: 30 años

Servicio #: 06. Móvil #: 523

Convenio: EPS: Compensar.

Diagnóstico: Faringitis aguda CIE-10 J029.

Origen de la enfermedad: E. General A. Trabajo E. Profesional A. No de trabajo

Prórroga: SI NO

Fecha Inicio: 10 05 2018 Fecha Fin: 10 05 2018

Duración en números: 1 Día

Duración en letras: Un Día

Johan S. Gomez S.
NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO
C.C. 1069738941

Dr. Johan S. Gómez S.
Médico General
C 1069738941
FIRMA Y SELLO
REGISTRO MD

SOLICITE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA AL MÉDICO

LITOMEDELLIN S.A. NIT. 890.906.733-9/PBX: 302 76 00 - ENVIGADO - ANTIOQUIA

Entrego 18 mayo

cuadrar horas

27-N

Fecha Impresión 1/02/2019

compensar | salud

INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA

PACIENTE: GINA PAOLA CALDERON OSTOS — TIPO IDENTIFICACIÓN: CC

EDAD: 30 Años — SEXO: Femenino — IDENTIFICACIÓN: 1030545205

Nit Empleador:	900959048	Número Incapacidad:	11665649	Número Interno:	1050700
Modalidad Atención:	Ambulatorio	Tipo Incapacidad:	Inicial	Clase Incapacidad:	Enfermedad General
Fecha Registro:	01/02/2019	Hora Registro:	07:36:00		
Días Incapacidad:	2	Inicio Incapacidad:	01/02/2019	Fin Incapacidad:	02/02/2019

Diagnóstico Principal — Diagnósticos Relacionados

J039

Observaciones

compensar | salud
Fredy Agustin Magaña Brand
Medicina Familiar
C.C. 16.480.206

Gina Calderón
1030545205

Recibido
05-02-19

Firma: MAGAÑA BRAND FREDY AGUSTIN — Registro Médico: 16480206

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

VIGILADO Supersubsidio
VIGILADO Supersalud

Cf

28

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUSENTISMO	Versión		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación		
		Código	04-02-SO -007	

FECHA DE SOLICITUD:	19/11/18
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	Gina Paola Calderon Ortiz
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030545705
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	Tecnico Asistencial Instrumentadora Quirurgica
ÁREA Y/O DEPENDENCIA	Salas Cirugia
TIEMPO DE PERMISO	3 Dias

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)

a) SALUD (Citas Medicas)		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	19/11/18 - 21/11/18
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la causa de la calamidad	
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la causa	

Gina Paola Calderon
Firma del Funcionario
1030545705 Bta

Vo.Bo. Jefe Inmediato)
NOMBRE:
CARGO: Enf. Asistencial

Vo.Bo Firma del Director

Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud

Vo. Bo Firma del Gerente

(DESPRENDIBLE P

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	
ÁREA Y/O DEPENDENCIA	
TIEMPO DE PERMISO	

Rad No. 2018-422-047814-2
Fecha: 2018-11-30 11:00 - Us 1024598022
Destino: DIRECCION DEL TALENTO HUMANO
Remitente: GINA PAOLA CALDERON
Asunto: FORMATO AUSENTISMO
Folios: 1 Anexos: 1
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

CAUSA DEL AU

a) SALUD		
b) PERMISO PERSONAL	HORARIO	FECHA
		HORARIO
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA
		HORARIO
e) OTRO? CUAL?		FECHA
		HORARIO
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		

Rec. 301148 Sonia Cam (4821)

BOGOTÁ D.C. NOV 23

05-12-18

Fecha Impresión 19/11/2018

compensar | salud

INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA

PACIENTE: GINA PAOLA CALDERON OSTOS TIPO IDENTIFICACIÓN: CC

EDAD: 30 Años SEXO: Femenino IDENTIFICACIÓN: 1030545205

Nit Empleador: 900959048 Número Incapacidad: 11626408

Modalidad Atención: Ambulatorio Tipo Incapacidad: Inicial Clase Incapacidad: Enfermedad General

Fecha Registro: 19/11/2018 Hora Registro: 07:22:00

Días Incapacidad: 3 Inicio Incapacidad: 19/11/2018 Fin Incapacidad: 21/11/2018

Diagnóstico Principal Diagnósticos Relacionados

J00X

Observaciones

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
FECHA: 22 NOV 2018
HORA: 9:00 am
RECIBIDO POR:

Diana Milena Morales Diaz
Médico General
C.C. 1.030.591.898

Firma: MORALES DIAZ DIANA MILENA Registro Médico: 1030591898

Especialidad: MEDICINA GENERAL

05-12-18

VIGILADO SuperSubsidio
VIGILADO Supersalud

INCAPACIDAD MEDICA

Clínica del Country

Clínica del Country

Fecha: 21-mar-2019 No. 642

Nombres y Apellidos
GINA PAOLA CALDERON OSTOS

Tipo y Nº Documento
CEDULA 1030545205

Empresa donde Trabaja

Ocupación
Otros Profesionales y Tecnicos

Teléfono

Diagnóstico
Código: N748

Origen de la Incapacidad
Enfermedad general

Tipo
Hospitalaria - Primera Vez

Fecha de Inicio
21/03/2019

Fecha de finalizacion
22/03/2019

Dias
2 (dos)

Observaciones

DOCTOR: YOLANDA VOTTO MAINIERI
Reg. Médico: 52646230
Especialidad: Medicina Familiar

Gina Calderón O

Firma Paciente
Doc Nº: CEDULA 1030545205

Rad No. 2019-422-007420-2
Fecha: 2019-04-03 11:09 - Us 51858205
Destino: DIRECCION DEL TALENTO HUMANO
Remitente: GINA PAOLA CALDERON
Asunto: INCAPACIDAD MEDICA CLINICA COUNTRY
Folios: 1 Anexos:
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

INCLUIDO EN LISTA
DESCUENTO EN NÓM

Por favor No olvide transcribir su incapacidad en la EPS

INCAPACIDAD MEDICA

Clínica del Country

Clínica del Country

echa: 21-mar-2019 No. 642

Nombres y Apellidos
GINA PAOLA CALDERON OSTOS

Tipo y Nº Documento
CEDULA 1030545205

Empresa donde Trabaja

Ocupación
Otros Profesionales y Tecnicos

Teléfono

Diagnóstico
Código: N748

Origen de la Incapacidad
Enfermedad general

Tipo
Hospitalaria - Primera Vez

Fecha de Inicio
21/03/2019

Fecha de finalizacion
22/03/2019

Dias
2 (dos)

Observaciones

INCLUIDO EN LISTADO
DESCUENTO EN NOMINA

DOCTOR: YOLANDA VOTTO MAINIERI
Reg. Médico: 52646230
Especialidad: Medicina Familiar

Gina Calderón O

Firma Paciente
Doc Nº: CEDULA 1030545205

Nadelle Alvarez

T: Humano

Rad: 2019-320010787-1
25-06-19

32

	FORMATO AUSENTISMO	Versión	1
		Fecha de aprobación	22/06/2017
		Código	04-02-FO-0007

FECHA DE SOLICITUD:	7-Junio-2019
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	Gina Paola Calderon Ortos
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	1030545205
DENOMINACION DEL EMPLEO:	Instrumentada Quirurgico
AREA Y/O DEPENDENCIA:	Salas de Cirugia
TIEMPO DE PERMISO:	Incapacidad

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)

a) SALUD (Citas Medicas)	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	PERIODO DE INCAPACIDAD	2 dias.
d) CALAMIDAD DOMESTICA	FECHA	7 Junio 2019 - 8 Junio 2019
	HORARIO	7:am - 1pm.
	Anexe el soporte de la causa de la calamidad	
e) OTRO? CUAL?	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte de la causa	

Gina Paola Calderón O.
CC 1030545205
Firma del Funcionario

Lizeth Patricia Lava Yanes
C.C. 52.768.842
Instrumentadora Quirurgica Profesional
Vo.Bo. Jefe Inmediato
F.U.C.S.

NOMBRE:
CARGO:

Vo. Bo Firma del Director

(E)
Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud

Vo. Bo Firma del Gerente

DESPRENDIBLE....PARA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	
DENOMINACION DEL EMPLEO:	
AREA Y/O DEPENDENCIA:	
TIEMPO DE PERMISO:	

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)

a) SALUD	FECHA	
	HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL	FECHA	
	HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA	FECHA	
	HORARIO	
e) OTRO? CUAL?	FECHA	
	HORARIO	
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		

Rad No. 2019-320-010787-1
Fecha: 2019-06-25 15:29 - Us 1023934147
Remitente: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
Destino: MARIA RUBIELA MONSALVE
Asunto: REMISION INCAPACIDAD DE GINNA PAOLA CALD
Folios: 2 Anexos: 2
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

20 JUN 2019
Nida

Recibi 28-6-19 Sonia Cal (4442)

03-07-19

Fecha Impresión 7/06/2019

compensar | salud

INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA

PACIENTE: GINA PAOLA CALDERON OSTOS — TIPO IDENTIFICACIÓN: CC

EDAD: 31 Años — SEXO: Femenino — IDENTIFICACIÓN: 1030545205

Nit Empleador:	900959048	Número Incapacidad:	11778140	Número Interno:	1290146
Modalidad Atención:	Ambulatorio	Tipo Incapacidad:	Inicial	Clase Incapacidad:	Enfermedad General
Fecha Registro:	07/06/2019	Hora Registro:	09:19:00		
Días Incapacidad:	2	Inicio Incapacidad:	07/06/2019	Fin Incapacidad:	08/06/2019

Diagnóstico Principal: J00X

Diagnósticos Relacionados:

Observaciones

INCLUIDO EN LISTADO

DESCARGADO EL

Firma: MAGAÑA BRAND FREDY AGUSTIN

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Registro Médico: 16480206

03-07-19

Gina Calderón

CC 1030545205

VIGILADO SuperSubsidio

VIGILADO Supersalud

A 32

Página 1 de 1

Fecha Impresión 7/06/2019

INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA

compensar | salud

PACIENTE: GINA PAOLA CALDERON OSTOS — TIPO IDENTIFICACIÓN: CC

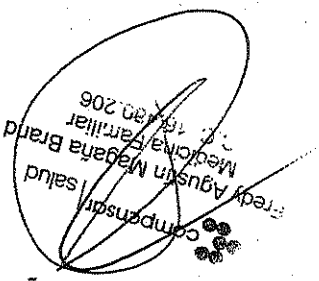
EDAD: 31 Años — SEXO: Femenino — IDENTIFICACIÓN: 1030545205

Nit Empleador:	900959048	Número Incapacidad:	11778140	Número Interno:	1290146
Modalidad Atención:	Ambulatorio	Tipo Incapacidad:	Inicial	Clase Incapacidad:	Enfermedad General
Fecha Registro:	07/06/2019	Hora Registro:	09:19:00		
Días Incapacidad:	2	Inicio Incapacidad:	07/06/2019	Fin Incapacidad:	08/06/2019

Diagnóstico Principal: J00X

Diagnósticos Relacionados

Observaciones



Firma: MAGAÑA BRAND FREDY AGUSTIN

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Registro Médico: 16480206

Gina Calderón
CC 1030545205

VIGILADO SuperSubsidio

VIGILADO Supersalud

03-07-19

Item 109 Sep

20193200049203 Oct 1/2019

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	FORMATO AUSENTISMO	Versión	1
		Fecha de aprobación	22/06/2017
		Código	04-02-FO-0007

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	Gina Paola Calderón Ostos
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030545205 Bta
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	Instrumentadora Quirurgica
ÁREA Y/O DEPENDENCIA:	Salas de cirugia.
TIEMPO DE PERMISO	3 dias incapacidad

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD (Citas Medicas)		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	Incapacidad enf Comun
		Anexe el soporte justificado del permiso	Cod CIE10 M940
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	3 dias
d) CALAMIDAD DOMÉSTICA		FECHA	18-09-2019 / 20-09-2019
		HORARIO	7:00 AM - 1:00 PM
		Anexe el soporte de la causa de la calamidad	si
e) OTRO? CUAL? Incapacidad.		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la causa	

Gina Paola Calderón O Firma del Funcionario	Vo.Bo. Jefe Inmediato NOMBRE: CARGO:
Vo. Bo Firma del Director	Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud
Vo. Bo Firma del Gerente	

DESPRENDIBLE...PARA DIRECCIÓN DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	
ÁREA Y/O DEPENDENCIA:	
TIEMPO DE PERMISO:	

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD		FECHA	
		HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	
		HORARIO	
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO	

Rad No. 2019-320-004920-3
Fecha: 2019-10-01 11:08 - Un 51898206
Remitente: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
Destino: LILIANA RIOS VELANDIA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
Asunto: REMISION ORIGINAL DE INCAPACIDAD DE GINN
Folios: 2 Anexos:
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

30 SEP 2019
Nidia

Recibido 3-10-19 Sandra C. (6750

Clínica del Country

INCAPACIDAD MEDICA

Clínica del Country

36

Fecha: 18-sep-2019 No. 187

Nombres y Apellidos
GINA PAOLA CALDERON OSTOS

Tipo y Nº Documento
CEDULA 1030545205

Empresa donde Trabaja

Ocupación
Otros Profesionales y Tecnicos

Teléfono

Diagnóstico
Código: M940

Origen de la Incapacidad
Enfermedad general

Tipo
Hospitalaria - Primera Vez

Fecha de Inicio
18/09/2019

Fecha de finalizacion
20/09/2019

Dias
3 (tres)

Observaciones

Alejandro Torres G.
Ginecología y Obstetricia
R.M. 80723162

DOCTOR: MANUEL ALEJANDRO TORRES GARCIA
Reg. Médico: 80723162
Especialidad: Ginecologia y Obstetricia

Gina Paola Calderon O

Firma Paciente
Doc Nº: CEDULA 1030545205

Por favor No olvide transcribir su incapacidad en la EPS

Item N° 59 20193200051953
octubre 18-10-19

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUSENTISMO

Versión	
Fecha de aprobación	
Código	04-02-SO-007

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FECHA DE SOLICITUD:	11 - 10 - 19.
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	Gina Paola Calderón Ospi
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	1030545905
DENOMINACION DEL EMPLEO:	Instrumentador Quirúrgico
AREA Y/O DEPENDENCIA	Sala de Cirugía
TIEMPO DE PERMISO	3 días incapacidad

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)

a) SALUD (Citas Medicas)	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL	FECHA	
	HORARIO	Incapacidad por Común Dx J039
	Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	PERIODO DE INCAPACIDAD	3 días
d) CALAMIDAD DOMESTICA	FECHA	9 - 10 - 19 / 11 - 10 - 19
	HORARIO	7 am - 1 pm
	Anexe el soporte de la causa de la calamidad	Sí
e) OTRO? CUAL?	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte de la causa	

Gina Paola Calderón O Firma del Funcionario	Vo.Bo. Jefe Inmediato
DANNA	NOMBRE:
	CARGO
Vo. Bo Firma del Director	Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud

Vo. Bo Firma del Gerente

DESPRENDIBLE - PARA DIRECCIÓN DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	
DENOMINACION DEL EMPLEO:	
AREA Y/O DEPENDENCIA:	
TIEMPO DE PERMISO:	

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)

a) SALUD	FECHA	
	HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL	FECHA	
	HORARIO	
c) INCAPACIDAD: (Por enfermedad común o laboral)	PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA	FECHA	
	HORARIO	
e) OTRO? CUAL?	FECHA	
	HORARIO	
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		

Recibí 22-10-19 Sonia Cel (748)

Rad No. 2019-320-005195-3
Fecha: 2019-10-18 07:31 - Ue 52773568
Remitente: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
Destino: JOHANNA PATRICIA RODRIGUEZ
Asunto: REMISION INCAPACIDAD 9,10 11 DE OCT. 201
Folios: 2 Anexos: 2
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

Nidia
15 OCT 2019

22-10-19

Fecha Impresión 9/10/2019

INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA

compensar | salud

PACIENTE: GINA PAOLA CALDERON OSTOS
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC
EDAD: 31 Años
SEXO: Femenino
IDENTIFICACIÓN: 1030545205

Nit Empleador:	900959048	Número Incapacidad:	11884202	Número Interno:	1535650
Modalidad Atención:	Ambulatorio	Tipo Incapacidad:	Inicial	Clase Incapacidad:	Enfermedad General
Fecha Registro:	09/10/2019	Hora Registro:	20:03:00		
Días Incapacidad:	3	Inicio Incapacidad:	09/10/2019	Fin Incapacidad:	11/10/2019

Diagnóstico Principal
J039

Diagnósticos Relacionados

Observaciones

compensar | salud
Javier Eduardo Bovea Garcia
Médico General
C.C. 72.297.249

Firma: BOVEA GARCIA JAVIER EDUARDO
Registro Médico: 72297249
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Gina Paola Calderon G
1030545205
22-10-19

VIGILADO SuperSubsidio

VIGILADO Supersalud

INCAPACIDAD MEDICA

Clínica del Country

Clínica del Country

Fecha: 18-sep-2019 No. 187

Nombres y Apellidos
GINA PAOLA CALDERON OSTOS

Tipo y Nº Documento
CEDULA 1030545205

Empresa donde Trabaja

Ocupación
Otros Profesionales y Tecnicos

Teléfono

Diagnóstico
Código: M940

Origen de la Incapacidad
Enfermedad general

Tipo
Hospitalaria - Primera Vez

Fecha de Inicio
18/09/2019

Fecha de finalizacion
20/09/2019

Dias
3 (tres)

Observaciones

Alejandro Torres G. Ginecología y Obstetricia R.M. 80723162

DOCTOR: MANUEL ALEJANDRO TORRES GARCIA
Reg. Médico: 80723162
Especialidad: Ginecologia y Obstetricia

Gina Paola Calderon O

Firma Paciente
Doc Nº: CEDULA 1030545205

INCLUIDO EN LISTADO
DESCUENTO EN NÓMINA

Por favor No olvide transcribir su incapacidad en la EPS

2019340004920 3
Oct 1/2019

40

	FORMATO AUSENTISMO	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación	22/06/2017	
		Código	04-02-FO-0007	

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	Gina Paola Calderón Ostos
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	1030545205 Bta
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	Instrumentadora Quirurgica
AREA Y/O DEPENDENCIA:	Salas de cirugia.
TIEMPO DE PERMISO	3 dias incapacidad

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD (Citas Medicas)		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	3 dias
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	18-09-2019 / 20-09-2019
		HORARIO	7:00 AM - 1:00 PM
		Anexe el soporte de la causa de la calamidad	si
e) OTRO? CUAL? Incapacidad.		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la causa	

Gina Paola Calderón O Firma del Funcionario	Vo.Bo. Jefe Inmediato NOMBRE: CARGO: Instrumentadora
Vo. Bo Firma del Director	Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud
Vo. Bo Firma del Gerente	

DESPRENDIBLE PARA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	
AREA Y/O DEPENDENCIA:	
TIEMPO DE PERMISO:	

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD		FECHA	
		HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	
		HORARIO	
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Recibí 3-10-19 Sonia Cel (1750)

Rad No. 2019-320-004920-3
Fecha: 2019-10-01 11:08 - Un 51888295
Remitente: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
Destino: LILIANA RIOS VELANDIA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
Asunto: REMISION ORIGINAL DE INCAPACIDAD DE GINN
Folios: 2 Anexos:
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

30 SEP 2019
Nidia

8
01-10-19

Fecha Impresión 9/10/2019

compensar | salud

INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA

PACIENTE: GINA PAOLA CALDERON OSTOS
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC
EDAD: 31 Años
SEXO: Femenino
IDENTIFICACIÓN: 1030545205

Nit Empleador:	900959048	Número Incapacidad:	11884202	Número Interno:	1535650
Modalidad Atención:	Ambulatorio	Tipo Incapacidad:	Inicial	Clase Incapacidad:	Enfermedad General
Fecha Registro:	09/10/2019	Hora Registro:	20:03:00		
Días Incapacidad:	3	Inicio Incapacidad:	09/10/2019	Fin Incapacidad:	11/10/2019

Diagnóstico Principal
J039

Diagnósticos Relacionados

Observaciones

INCLUIDO EN LISTADO
DESCUENTO EN NOMINA

compensar | salud
Javier Eduardo Bovea Garcia
Médico General
C.C. 72.297.249

Firma: BOVEA GARCIA JAVIER EDUARDO
Registro Médico: 72297249
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Gina Paola Calderon G
1030545205

22-10-19

VIGILADO SuperSubsidio

VIGILADO Supersalud

20193200051953
18-10-19

42

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUSENTISMO	Versión		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación		
		Código	04-02-SO -007	

FECHA DE SOLICITUD:	11 - 10 - 19.
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	Gina Paola Calderon Osio
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	1030545205
DENOMINACION DEL EMPLEO:	Instrumentador Quirurgico
AREA Y/O DEPENDENCIA:	Sala de Cirugia
TIEMPO DE PERMISO:	3 dias incapacidad

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD (Citas Medicas)		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad comun o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	3 dias
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	9-10-19 / 11-10-19
		HORARIO	7 am - 1 pm
		Anexe el soporte de la causa de la calamidad	Si
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la causa	

Gina Paola Calderon O Firma del Funcionario DAWS	Vo.Bo. Jefe Inmediato NOMBRE: CARGO:
Vo. Bo Firma del Director	Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud
Vo. Bo Firma del Gerente	

DESPRENDIBLE PARA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	
DENOMINACION DEL EMPLEO:	
AREA Y/O DEPENDENCIA:	
TIEMPO DE PERMISO:	

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD		FECHA	
		HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad comun o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	
		HORARIO	
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO			

INCLUIDO EN LISTADO

Rad No. 2019-320-005195-3
Fecha 2019-10-18 07:31 - Un 52773958
Remitente: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
Destino: JOHANNA PATRICIA RODRIGUEZ
Asunto: REMISION INCAPACIDAD 5.10.11 DE OCT 201
Folios: 2 Anexos: 0
RECIBIDO SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

Nidia
15 OCT 2019

2
22-10-19

CLÍNICA DE LA MUJER
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: CALDERON OSTOS, GINA PAOLA, Identificado(a) con CC-1030545205			
Edad y Género: 31 Años, Femenino			
Regimen/Tipo Paciente: OTRO/AFILIADO		**Nombre de la Entidad:** COMPENSAR E.P.S.	
Servicio/Ubicación: HOSPITALIZACION TORREA-3PISO/HOSPITALIZACION TORREA-3 PISO		**Habitación:** 304	**Identificador Único:** 7118717-4

Diagnóstico: Z762: CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS

INCAPACIDAD											
Causa:	Licencia de Maternidad					Duración:	126 día(s)		Prórroga:	No	
DESDE						HASTA					
Dia:	28	Mes:	2	Año:	2020	Dia:	2	Mes:	7	Año:	2020

Datos Clínicos:

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: FERNANDO LAVERDE VALENCIA, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, CC: 79443997, Reg: 79443997

Firmado Electrónicamente

44

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.030.545.205**

CALDERON OSTOS

APELLIDOS

GINA PAOLA

NOMBRES

Gina Paola Calderón Ostos

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-1988**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

09-MAY-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1500150-00942673-F-1030545205-20171004 0057778868A 2 9910144342

13

HV

45

REPÚBLICA DE COLOMBIA · REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL · NOTARIA 41 BOGOTÁ D.C.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016921426

Indicativo Serial 60694886

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría | Notaría X | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código A 4 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 41 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENDEZ	CALDERON

Nombre(s): JANA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes FEB Día 28	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15602364-5

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CALDERON OSTOS GINA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1030545205	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MENDEZ MURILLO NILSON HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1030546638	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MENDEZ MURILLO NILSON HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1030546638 — Firma

Nilson Humberto Méndez Murillo

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma

Angela Sirley Mayorga Fonseca CC 52.066.046

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes FEB Día 29	Alirio Virviescas Calvete Notario 41 (e) Principal ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE — Nombre y firma

Angela Sirley Mayorga Fonseca CC 52.066.046

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Alirio Virviescas Calvete Notario 41 (e) Principal ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE — Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 155;29/02/2020

THOMAS GREG & SONS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

No. 54271

2

NOTARÍA 41 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
Cra. 15 No. 75-09 Bogotá, D.C. PBX: 212 5720 Tel.: 814 1441 Fax: 28 571
notaria41avc@gm...com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41@nota...41bogota.com
Página web: www.notaria41bogota.com

Esta hoja tiene un código QR, el cual, debe ser verificado por los usuarios y destinatarios a fin de que comprueben su trazabilidad. Ingrese por su computadora o smartphone (teléfono-inteligente) a un aplicativo lector de código QR

NOTARÍA CUARENTA Y UNA (41) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPIA AUTENTICADA DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO VÁLIDA PARA ACREDITAR PARENTESCO
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EXTENDIDA EN PAPEL COMÚN, DE CONFORMIDAD CON EL
ARTÍCULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970.
EXPEDIDA EN BOGOTÁ, A SOLICITUD DE: **NILSON HUMBERTO MENDEZ**

BOGOTÁ D.C.. A LOS: 02 DÍAZ DEL MES DE MARZO 2020 FACTURA FES No 232201 Funcionario responsable.

Nurian Beltran Murcia
C.C. 1.012.413.398

No. Hs.

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE
NOTARIO 41 EN PROPIEDAD, NOMBRADO MEDIANTE CONCURSO

Para corroborar el contenido de esta copia auténtica puede digitar este PIN: KF6882 en el siguiente enlace (link) *www.notaria41bogota.com/pinonline*. Este PIN estará vigente para verificación hasta por cuatro (4) meses a partir de la fecha de expedición de este docum ` o por cuatro (4) intentos exitosos de consulta, los que se cumplan primero. La consulta (online) del PIN es un servi. e cortesía de la Notaría 41 del círculo de Bogotá, la cual no .stituye deber u obligación legal o contractual para la Notaría.

Compensar

46

INCAPACIDAD MEDICA

Clínica del Country

Clínica del Country

Fecha: 29-jul-2019

No. 406

Nombres y Apellidos
GINA PAOLA CALDERON OSTOS

Tipo y Nº Documento
CEDULA 1030545205

Empresa donde Trabaja

Ocupación
Otros Profesionales y Tecnicos

Teléfono

Diagnóstico
Código: O200

Origen de la Incapacidad
EMB

Tipo
Hospitalaria - Primera Vez

Fecha de Inicio
29/07/2019

Fecha de finalizacion
04/08/2019

Dias
7 (siete)

Observaciones
MB 6 SEM
MENAZA ABORTO

DOCTOR: DAYANA ROCCIO VASQUEZ ACOSTA
Reg. Médico: 53081804
Especialidad: Ginecologia y Obstetricia

Gina Paola Calderon O.
Firma Paciente 1030545205 Bta
Doc Nº: CEDULA 1030545205

INCLUIDO EN LISTADO
DESCUENTO EN NOMINA

Dra. Dayana Vasquez Acosta
Ginecologia y Obstetricia
Universidad del Rosario
RC. 53081804

20193200038223
9-08-19

47

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	FORMATO AUSENTISMO	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	22/06/2017	
		Código	04-02-FO-0007	

FECHA DE SOLICITUD:	Julio 30 - 2019
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	Gina Paola Calderon Ostos
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	1030545205
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	Instrumentador Quirurgico
AREA Y/O DEPENDENCIA	Salas de Q.
TIEMPO DE PERMISO	7 dias. Incapacidad

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)		
a) SALUD (Citas Medicas)	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	PERIODO DE INCAPACIDAD	7 dias.
d) CALAMIDAD DOMESTICA	FECHA	29-07-2019 — 04-08-2019
	HORARIO	7am - 1pm.
	Anexe el soporte de la causa de la calamidad	Si.
e) OTRO? CUAL?	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte de la causa	

Gina Paola Calderon O.	
Firma del Funcionario	Vo.Bo. Jefe Inmediato
	NOMBRE: Luzdy Forero
	CARGO: Enfermera Instrumentacion Q.
Dr. Nuñez S.	
Vo. Bo Firma del Director	Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud

Vo. Bo Firma del Gerente

DESPRENDIBLE ...PARA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	
AREA Y/O DEPENDENCIA	
TIEMPO DE PERMISO	

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)		
a) SALUD	FECHA	
	HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL	FECHA	
	HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA	FECHA	
	HORARIO	
e) OTRO? CUAL?	FECHA	
	HORARIO	
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		

Recibí 13-8-19 Sonia (5562)

Rad No. 2019-320-003822-3
Fecha: 2019-08-09 16:18 - Un 51898206
Remitente: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
Destino: MARIA RUBIELA MONSALVE OSPINA DIRECCION DEL TALENTO HUMANO
Asunto: REMISION INCAPACIDAD DE GINA PAOLA CALDE
Folios: 2 Anexos: 2
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

Vida
- 5 AGO 2019

14-08-19

20203200012973
06-03-2020

HB

Versión	1
Fecha de aprobación	22/06/2017
Código	04-02-FO-0007

FORMATO AUSENTISMO

FECHA DE SOLICITUD:	Marzo 04-2020
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	GINA PAOLA CALDERON OSTOS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.030.545 205
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	INSTRUMENTADOR QUIRURGICO
AREA Y/O DEPENDENCIA	SALAS DE CIRUGIA
TIEMPO DE PERMISO	124 Dias.

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD (Citas Medicas)		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMÉSTICA		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la causa de la calamidad	13 Folios.
e) OTRO? CUAL? Anexo Soportes LICENCIA DE MATERNIDAD.		FECHA	28-02-2020 Hasta 02-07-2020
		HORARIO	7:am - 1 pm.
		Anexe el soporte de la causa	Anexo Incapacidad (14 folios)

Gina Paola Calderón Ostos
Firma del Funcionario

Vo.Bo. Jefe Inmediato
NOMBRE:
CARGO:

Vo. Bo Firma del Director

Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud

Vo. Bo Firma del Gerente

DESPRENDIBLE....PARA DIRECCIÓN DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	
DENOMINACION DEL EMPLEO:	
AREA Y/O DEPENDENCIA	
TIEMPO DE PERMISO	

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD		FECHA	
		HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	
		HORARIO	
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO			

Rad No. 2020-320-001297-3
Fecha: 2020-03-06 10:34 Us 1073674732
Remitente: REMUNERACIÓN
Destino: JOHANNA PATRICIA RODRIGUEZ
Asunto: INCAPACIDAD - LICENCIA POR MATERNIDAD GI
Folios: 15 Anexos: 15
RECIBIDO. SUJETO A VERIFICACIÓN. NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

04 MAR 2020
Nidia

Recibe
11-3-20
Sonia
Cee
(134

Bogotá

20203200012393

49

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUSENTISMO	Versión		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación		
		Código	04-02-SO -007	

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	Gina Paola Calderon Ostos
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030545705 BTA
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	Instrumentadora Quirurgica
AREA Y/O DEPENDENCIA:	Salas de cirugia
TIEMPO DE PERMISO:	8 Dias.

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD (Cita Medica)		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	8 dias
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	21-02-20 / 28-02-20
		HORARIO	7:am - 1pm.
		Anexe el soporte de la causa de la calamidad	S
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la causa	

Firma del Funcionario Gina Paola Calderon Ostos	Vo.Bo. Jefe Inmediato NOMBRE: CARGO:
Vo. Bo Firma del Director	Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud
Vo. Bo Firma del Gerente	

DESPRENDIBLE PARA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	
AREA Y/O DEPENDENCIA:	
TIEMPO DE PERMISO:	

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD		FECHA	
		HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	
		HORARIO	
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO			

Recibido 6-3-20 Sonia Cel 1269

Nidca
02 MAR 2020

Rad No. 2020-320-001239-3
Fecha: 2020-03-03 16:59 - Us 1073674702
Remitente: DIRECCION DEL TALENTO HUMANO
Destino: JOHANNA PATRICIA RODRIGUEZ
Asunto: INCAPACIDAD GINNA CALDERON OSTOS INSTRUM
Folios: 2 Anexos: 2
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACION, NO IMPLICA ACEPTACION DEL CONTENIDO

CLÍNICA DE LA MUJER
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: CALDERON OSTOS, GINA PAOLA, Identificado(a) con CC-1030545205			
Edad y Género: 31 Años, Femenino			
Regimen/Tipo Paciente: OTRO/AFILIADO		**Nombre de la Entidad:** COMPENSAR E.P.S.	
Servicio/Ubicación: URGENCIAS GINECOOBSTETRICAS/URGENCIAS GINECOOBSTETRICAS		**Habitación:**	**Identificador Único:** 7118717-2

Diagnóstico: O365: ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL

INCAPACIDAD											
Causa:	Incapacidad Enfermedad General					Duración:	8 día(s)		Prórroga:	No	
DESDE						HASTA					
Dia:	21	Mes:	2	Año:	2020	Dia:	28	Mes:	2	Año:	2020

Datos Clinicos:

RADICADO EN LISTADO
DESCUENTO EN NÓMINA

MÉDICO QUE ORDENA

Firmado Por: MARIA ISABEL MORENO BAQUERO, MEDICO GENERAL, CC: 1023890791, Reg: 1023890791

Firmado Electrónicamente

06-03-2020

5)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.030.545.205**

CALDERON OSTOS

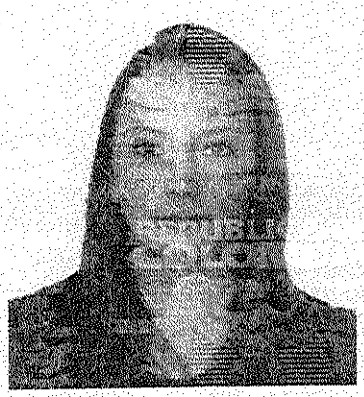
APELLIDOS

GINA PAOLA

NOMBRES

Gina Paola Calderón Ostos

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-1988**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

09-MAY-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00942673-F-1030545205-20171004 0057778868A 2 9910144342

13

Item III - Noviembre 19 diciembre 2020

Item 75 - Diciembre 20203200054283

	FORMATO AUSENTISMO	Versión	1
		Fecha de aprobación	22/06/2017
		Código	04-02-FO-0007

FECHA DE SOLICITUD:	26/11/2020		
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	CALDERON OSTOS GINA PAOLA		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030545205		
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA		
ÁREA Y/O DEPENDENCIA	SALAS DE CIRUGIA		
TIEMPO DE PERMISO	12 DIAS		
CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD (Citas Medicas)		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	X	PERIODO DE INCAPACIDAD	12 DIAS
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	26/11/2020 HASTA 07/12/2020
SE ANEXA INCAPACIDAD		HORARIO	7:00 AM A 1:00 PM
		Anexe el soporte de la causa de la calamidad	
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la causa	

Gina Calderon O		
Firma del Funcionario		Vo.Bo. Jefe Inmediato
	NOMBRE:	LIZETH PATRICIA LARA YANES
	CARGO:	INSTRUMENTADOR QUIRURGICO
Vo. Bo Firma del Director		Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud
Vo. Bo Firma del Gerente		

DESPRENDIBLE....PARA DIRECCIÓN DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:			
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:			
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:			
ÁREA Y/O DEPENDENCIA			
TIEMPO DE PERMISO			
CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD		FECHA	
		HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	
		HORARIO	
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO			

Recibido 23-12-20 S-S-T.

Nidia 14 DIC 2020

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº45640

CLASE Inicial

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 30/noviembre/2020 10:53 a. m.

Médico: 40036668 GEBER ESTUPIÑAN BARRERA

Información Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1030545205 **Edad:** 32 Años \ 6 Meses \ 28 Días **F. Nacimiento:** 02/05/1988

Entidad: RC_006 EPS COMPENSAR

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 12 **Fecha Inicial:** 26/noviembre/2020 **Fecha Final:** 07/diciembre/2020

Diagnóstico: S302 - CONTUSION DE LOS ORGANOS GENITALES EXTERNOS

SE DA INCAPACIDAD EN POP DE POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DE 26/11/20 A LAS 12+00, POR LO QUE SE DA INCAPACIDAD MEDICA DESDE EL INGRESO HASTA EL DIA 7 DE DICIEMBRE

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

EPICRISIS N°113565

INFORMACION GENERAL

Fecha Documento: 30/noviembre/2020 10:43 a. m. Ingreso: 2883308 Fecha de Ingreso: 28/11/2020 10:55:19 a. m. Confirmado

Profesional: YOINA PAOLA CALDERON OSTOS Tipo Paciente: Contributivo Sexo: Femenino

Paciente:

Tipo Documento: CédulaCiudadanía Número: 1030545205 Edad: 32 Años 8 Meses 28 Días F. Nacimiento: 02/05/1988

Plan: RC_008 EPS COMPENSAR

Remitido Por:

Egreso del Servicio:

Fecha de Ingreso: 28/11/2020 10:55:19 a. m. Fecha de egreso 30/11/2020 10:43:18 a. m.

ESTANCIA

CAMA	AREA SERVICIO	FECHA INGRESO	FECHA EGRESO	DIAS
HNCON203	HOSPITALIZACION CIRUGIA GENERAL OCCIDENTE DE KENNEDY	27/11/20 13:27	28/11/20 5:33	3
HNGOS402	HOSPITALIZACION GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA OCCIDENTE DE KENNEDY	28/11/20 5:33		3

TOTAL DIAS ESTANCIA 6

INFORMACION DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso Ninguna Fecha Egreso: 30/noviembre/2020 10:43 a. m. Estado Paciente: VIVO

Causa De Ingreso:

Enfermedad General Adulto

Motivo Consulta:

ESTUPINAN BARRERA GEBER

Enfermedad Actual:

SUTURA EN EPIGASTRIO, PRESENTA EVENTO DE TRAUMA DE LA REGION DE FORMA ACCIDENTAL ASOCIADO A DOLOR MODERADO, DAÑO EN LA MARCHA Y SANGRADO
HEMATOMA VULVAR EXPANSIVO
POP DRENAJE DE HEMATOMA. - RAFIA VULVAR
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, SANGRADO ESCASO, NIEGA EPISODIOS EMETICOS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, SANGRADO ESCASO, NIEGA EPISODIOS EMETICOS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, SANGRADO ESCASO, NIEGA EPISODIOS EMETICOS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DIURESIS POSITIVA POR SONDA VESICAL
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE DOLOR EN EPIGASTRIO, SANGRADO ESCASO, NIEGA EPISODIOS EMETICOS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DIURESIS POSITIVA POR SONDA VESICAL.
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, SANGRADO ESCASO, NIEGA EPISODIOS EMETICOS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DIURESIS POSITIVA POR SONDA VESICAL.
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, SANGRADO ESCASO, NIEGA EPISODIOS EMETICOS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DIURESIS POSITIVA POR SONDA VESICAL. REFIERE MEJORIA DE EPIGASTRALGIA, TOLERANDO VIA ORAL ADECUADAMENTE
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE CONTROL DEL DOLOR, NO SANGRADO VAGINAL, NO PICOS FERRILES, DIURESIS POSITIVA POR SONDA VESICAL TOLERANDO VIA ORAL.
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE CONTROL DEL DOLOR, NO SANGRADO VAGINAL, NO PICOS FEBRILES, DIURESIS POSITIVA POR SONDA VESICAL TOLERANDO VIA ORAL.
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, NO SANGRADO VAGINAL, NO PICOS FEBRILES, DIURESIS POSITIVA POR SONDA VESICAL TOLERANDO VIA ORAL SIN NAUSEAS NI EMESIS. NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO (CEFALEA, TINITUS, FOSFENOS O EPIGASTRALGIA).
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO VIA ORAL SIN NAUSEAS NI EMESIS, DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS DE CARACTERISTICAS NORMALES, NO SINTOMAS DE VASOESPASMO (CEFALEA, TINITUS, FOSFENOS O EPIGASTRALGIA), NO PICOS FEBRILES NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO REFIERE ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA.
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO VIA ORAL SIN NAUSEAS NI EMESIS, DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS DE CARACTERISTICAS NORMALES, NO SINTOMAS DE VASOESPASMO (CEFALEA, TINITUS, FOSFENOS O EPIGASTRALGIA), NO PICOS FEBRILES NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO REFIERE ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA.
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO VIA ORAL SIN NAUSEAS NI EMESIS, DIURESIS POSITIVA CON SONDA VESICAL, DEPOSICIONES POSITIVAS DE CARACTERISTICAS NORMALES, NO SINTOMAS DE VASOESPASMO (CEFALEA, TINITUS, FOSFENOS O EPIGASTRALGIA), NO PICOS FEBRILES NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO REFIERE ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA.
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO VIA ORAL SIN NAUSEAS NI EMESIS, DIURESIS POSITIVA CON SONDA VESICAL, DEPOSICIONES POSITIVAS DE CARACTERISTICAS NORMALES, NO SINTOMAS DE VASOESPASMO (CEFALEA, TINITUS, FOSFENOS O EPIGASTRALGIA), NO PICOS FEBRILES NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO REFIERE ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA.
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO VIA ORAL SIN NAUSEAS NI EMESIS, DIURESIS POSITIVA CON SONDA VESICAL, DEPOSICIONES POSITIVAS DE CARACTERISTICAS NORMALES, NO PICOS FEBRILES NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO REFIERE ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA.
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO VIA ORAL SIN NAUSEAS NI EMESIS, DIURESIS POSITIVA CON SONDA VESICAL, DEPOSICIONES POSITIVAS DE CARACTERISTICAS NORMALES, NO PICOS FEBRILES NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO REFIERE ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA.

ESTUPINAN BARRERA GEBER

OBJETIVO
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CABEZA Y CUELO: NORMOCEFALA, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOMEGALIAS
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, UTERO TONICO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
GENITOURINARIO: EDEMA Y HEMATOMA EN LABIO MAYOR DERECHO, QUE DESPLAZA LINEA MEDIA, NO SANGRADO O SECRECION ACTIVA,
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, MOVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE
OBJETIVO
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CABEZA Y CUELO: NORMOCEFALA, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOMEGALIAS
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, UTERO TONICO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
GENITOURINARIO: EDEMA Y HEMATOMA EN LABIO MAYOR DERECHO, QUE DESPLAZA LINEA MEDIA, NO SANGRADO O SECRECION ACTIVA,
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, MOVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE
OBJETIVO
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CABEZA Y CUELO: NORMOCEFALA, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOMEGALIAS
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, UTERO TONICO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
GENITOURINARIO: EDEMA Y HEMATOMA BLANDO DOLOROSO EN LABIO MAYOR DERECHO, QUE SE EXTIENDE HASTA TERCIO INFERIOR DE GLUTEO DERECHO
TV: CUELLO CERRADO SIN SANGRADO ACTIVO
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, MOVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE
OBJETIVO
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CABEZA Y CUELO: NORMOCEFALA, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOMEGALIAS
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, UTERO TONICO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
GENITOURINARIO: EDEMA Y HEMATOMA BLANDO DOLOROSO EN LABIO MAYOR DERECHO, QUE SE EXTIENDE HASTA TERCIO INFERIOR DE GLUTEO DERECHO
TV: CUELLO CERRADO SIN SANGRADO ACTIVO
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, MOVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE
OBJETIVO
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CABEZA Y CUELO: NORMOCEFALA, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOMEGALIAS
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, UTERO TONICO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

ESTUPINAN BARRERA GEBER

GENITOURINARIO: EDEMA Y HEMATOMA BLANDO DOLOROSO EN LABIO MAYOR DERECHO, QUE SE EXTIENDE HASTA TERCIO INFERIOR DE GLUTEO DERECHO, NO SE EXTIENDE DE ZONA DELIMITADA, NO SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES, NO ENFISEMA SUBCUTANEO.
TV: SE OMITE, NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTIVO
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, MOVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE
OBJETIVO
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CABEZA Y CUELO: NORMOCEFALA, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOMEGALIAS
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, UTERO TONICO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
GENITOURINARIO: EDEMA Y HEMATOMA BLANDO DOLOROSO EN LABIO MAYOR DERECHO, QUE SE EXTIENDE HASTA TERCIO INFERIOR DE GLUTEO DERECHO, NO SE EXTIENDE DE ZONA DELIMITADA. NO SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES, NO ENFISEMA SUBCUTANEO.
TV: SE OMITE, NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTIVO
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, MOVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE
OBJETIVO
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CABEZA Y CUELO: NORMOCEFALA, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOMEGALIAS
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, UTERO TONICO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
GENITOURINARIO: EDEMA Y HEMATOMA BLANDO DOLOROSO EN LABIO MAYOR DERECHO, QUE SE EXTIENDE HASTA TERCIO INFERIOR DE GLUTEO DERECHO, NO SE EXTIENDE DE ZONA DELIMITADA. NO SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES, NO ENFISEMA SUBCUTANEO.
TV: SE OMITE, NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTIVO
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, MOVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE
OBJETIVO
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CABEZA Y CUELO: NORMOCEFALA, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOMEGALIAS
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, UTERO TONICO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
GENITOURINARIO: EDEMA Y HEMATOMA BLANDO DOLOROSO EN LABIO MAYOR DERECHO, QUE SE EXTIENDE HASTA TERCIO INFERIOR DE GLUTEO DERECHO, NO SE EXTIENDE DE ZONA DELIMITADA. NO SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES, NO ENFISEMA SUBCUTANEO.
TV: SE OMITE, NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTIVO
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, MOVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE
OBJETIVO
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CABEZA Y CUELO: NORMOCEFALA, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOMEGALIAS
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, UTERO TONICO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
GENITOURINARIO: EDEMA Y HEMATOMA BLANDO DOLOROSO EN LABIO MAYOR DERECHO, QUE SE EXTIENDE HASTA TERCIO INFERIOR DE GLUTEO DERECHO, NO SE EXTIENDE DE ZONA DELIMITADA. NO SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES, NO ENFISEMA SUBCUTANEO.

ESTUPINAN BARRERA GEBER

Estado Paciente Egreso

Justificación Muerte: /VO

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNOSTICO	CODIGO	NOMBRE	PC
Ingreso/Relacionado	C518	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA VULVA	

EVOLUCIONES

FECHA	MEDICO
DESCRIPCION	

26/11/2020 11:22 a. m. ROJAS RODRIGUEZ DIEGO NICOLAS
CARGAR RODEO/ENTRADO QUIRURGICO

28/11/2020 02:49 p. m. MONCADA GARZON JULLIETH STEPHANNY
ANALISIS: PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD , DX: EN POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULCAR DEL 26-11-2020 A LAS 12-00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA EN EL MOMENTO PLANICAMENTE ESTABLE AFEBRIL HIDRATADA CIFRAS TENSIONALES EN METAS, NO SAB, AL EXAMEN FISICO, GENITALES EXTERNO CON EDEMA Y HEMATOMA EN LABIO MAYOR DERECHO QUE DESPLAZA LINEA MEDIA SIN EVIDENCIA DE SANGRADO O SECRESION ACTIVA, MECHA EN INTROITO VAGINAL, ULTIMOS PARACLINICOS CON HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS, SIN ANEMIA PLAQUETAS NORMALES, PENDIENTE RX DE PELVIS Y CUADRO HEMATICO CONTROL, CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, MANEJO MEDICO INSTAURADO, ANALGESIA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

28/11/2020 10:51 p. m. FLOREZ AZUERO PAULA ANDREA
ANALISIS: PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD, DX: EN POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12-00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACION CLINICAMENTE ESTABLE ALERTA AFEBRIL HIDRATADA SIGNOS VITALES NORMALES, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN FISICO GENITALES EXTERNOS CON EDEMA Y HEMATOMA EN LABIO MAYOR DERECHO QUE DESPLAZA LINEA MEDIA, NO EVIDENCIA DE SANGRADO ACTIVO, MECHA EN INTROITO VAGINAL, PACIENTE REFIERE ARDOR AL MOMENTO DE MICCION POR LO CUAL SE PASA SONDA VESICAL, ULTIMOS PARACLINICOS CON HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS, SIN ANEMIA, PLAQUETAS NORMALES, RADIOGRAFIA DE PELVIS SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, PENDIENTE REPORTE OFICIAL, SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, MANEJO MEDICO INSTAURADO, ANALGESIA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

29/11/2020 04:50 a. m. RUIZ WAGNER NYDIA CAROLINA
ANALISIS: PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD, DX: EN POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12-00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACION CLINICAMENTE ESTABLE, ALERTA AFEBRIL HIDRATADA, SIGNOS VITALES NORMALES, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN FISICO GENITALES EXTERNOS CON EDEMA Y HEMATOMA EN LABIO MAYOR DERECHO QUE DESPLAZA LINEA MEDIA, NO EVIDENCIA DE SANGRADO ACTIVO, MECHA EN INTROITO VAGINAL, PACIENTE CONTINUA CON SONDA VESICAL, GASTO URINARIO ADECUADO, ULTIMOS PARACLINICOS CON HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS, SIN ANEMIA, PLAQUETAS NORMALES, RADIOGRAFIA DE PELVIS SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, PENDIENTE REPORTE OFICIAL, SE INICIA TRAMITE DE REMISION POR EPS (COMPENSAR), SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, MANEJO MEDICO INSTAURADO, ANALGESIA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

27/11/2020 08:30 a. m. URUETA MARTINEZ MARTHA MARITZA
SE ABRE FOLIO PARA FORMULACIÓN

27/11/2020 10:06 a. m. URUETA MARTINEZ MARTHA MARITZA
ANALISIS: PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD, EN POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12-00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACION CLINICAMENTE ESTABLE, ALERTA AFEBRIL, HIDRATADA, SIGNOS VITALES NORMALES, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN FISICO GENITALES EXTERNOS CON EDEMA IMPORTANTE Y HEMATOMA BLANDO DOLOROSO DE PREDOMINIO EN LABIO MAYOR DERECHO QUE SE EXTIENDE HASTA TERCIO INFERIOR DE GLUTEO DERECHO, AL TACTO VAGINAL CUELLO CERRADO SIN SANGRADO ACTIVO, PACIENTE CONTINUA CON SONDA VESICAL GASTO URINARIO ADECUADO, PACIENTE QUIEN REFIERE ERIGESTRALGIA DE LEVE INTENSIDAD POR LO QUE SE INDICA PROTECCION GASTRICA, YA CUENTA CON REPORTE DE RADIOGRAFIA DE PELVIS NO SE OBSERVAN TRAZOS DE FRACTURA, SE INICIA TRAMITE DE REMISION POR EPS (COMPENSAR), SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, MANEJO MEDICO INSTAURADO, ANALGESIA, MEDIOS FISICOS LOCALES A NIVEL VULVAR PARA MANEJO DE EDEMA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

27/11/2020 12:12 p. m. URUETA MARTINEZ MARTHA MARITZA
SE ABRE FOLIO PARA REMISION POR EPS

27/11/2020 03:02 p. m. RUIZ AGUILAR LUIS ALBERTO
ANALISIS: PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD, EN POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12-00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACION CLINICAMENTE ESTABLE, ALERTA AFEBRIL, HIDRATADA, SIGNOS VITALES NORMALES, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN FISICO GENITALES EXTERNOS CON EDEMA IMPORTANTE Y HEMATOMA BLANDO DOLOROSO DE PREDOMINIO EN LABIO MAYOR DERECHO QUE SE EXTIENDE HASTA TERCIO INFERIOR DE GLUTEO DERECHO, AL TACTO VAGINAL CUELLO CERRADO SIN SANGRADO ACTIVO, PACIENTE CONTINUA CON SONDA VESICAL GASTO URINARIO ADECUADO, YA CUENTA CON REPORTE DE RADIOGRAFIA DE PELVIS NO SE OBSERVAN TRAZOS DE FRACTURA, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR), SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, MANEJO MEDICO INSTAURADO, ANALGESIA, MEDIOS FISICOS LOCALES A NIVEL VULVAR PARA MANEJO DE EDEMA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

27/11/2020 06:14 p. m. RUIZ AGUILAR LUIS ALBERTO

ESTUPINAN BARRERA GEBER

ANALISIS: PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD, EN POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12-00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACION CLINICAMENTE ESTABLE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIGNOS VITALES NORMALES, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN FISICO GENITALES EXTERNOS CON EDEMA IMPORTANTE Y HEMATOMA BLANDO DOLOROSO DE PREDOMINIO EN LABIO MAYOR DERECHO QUE SE EXTIENDE HASTA TERCIO INFERIOR DE GLUTEO DERECHO, SE SOBRE PASA LIMITES MARCADOS, PACIENTE CONTINUA CON SONDA VESICAL, GASTO URINARIO ADECUADO, YA CUENTA CON REPORTE DE RADIOGRAFIA DE PELVIS NO SE OBSERVAN TRAZOS DE FRACTURA, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR), SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, MANEJO MEDICO INSTAURADO, ANALGESIA, MEDIOS FISICOS LOCALES A NIVEL VULVAR PARA MANEJO DE EDEMA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

27/11/2020 11:32 a. m. RINESTROSA ANTOLINEZ SEBASTIAN
ANALISIS: PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD, EN POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12+00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO CONTROL DEL DOLOR, AL EXAMEN FISICO BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES ESTABLES, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON HEMATOMA EN REGIO VULVAR NO EXPANSIVO, NO SANGRADO ACTIVO, LLAMA LA ATENCION AUMENTO DE LEUCOCITOSIS, POR RIESGO DE FASCITIS NECROTIZANTE SE SOLICITAN PARACLINICOS DE CONTROL, YA CUENTA CON REPORTE DE RADIOGRAFIA DE PELVIS, NO SE OBSERVAN TRAZOS DE FRACTURA, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR), SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, MANEJO MEDICO INSTAURADO, ANALGESIA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

27/11/2020 06:06 p. m. RINESTROSA ANTOLINEZ SEBASTIAN
ANALISIS: PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD, EN POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12+00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO CONTROL DEL DOLOR, AL EXAMEN FISICO BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES ESTABLES, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON HEMATOMA EN REGIO VULVAR NO EXPANSIVO, NO SANGRADO ACTIVO, LLAMA LA ATENCION AUMENTO DE LEUCOCITOSIS, POR RIESGO DE FASCITIS NECROTIZANTE SE SOLICITAN PARACLINICOS DE CONTROL, YA CUENTA CON REPORTE DE RADIOGRAFIA DE PELVIS, NO SE OBSERVAN TRAZOS DE FRACTURA, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR), SE DECIDE INICIAR BIDASCOLO PARA DISMINUIR EL RIESGO DE COMPLICACIONES POR DIAGNOSTICO DE LA PACIENTE, PACIENTE A QUIEN SE LE SOLICITARON PARACLINICOS LOS CUALES SE ENCUENTRAN PENDIENTES, SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, MANEJO MEDICO INSTAURADO, ANALGESIA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

28/11/2020 10:28 a. m. CARDENAS ZERPA MARIBELL
ANALISIS: PACIENTE DE 32 AÑOS EN POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12+00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS NI SIGNOS DE RESPIRATORIA ASINTOMATICA PARA VASOESPASMO, ADECUADA MODULACION DEL DOL DOLOR, AL EXAMEN FISICO BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES ESTABLES, CON HEMATOMA EN REGIO VULVAR NO EXPANSIVO, NO SANGRADO ACTIVO, PARACLINICOS SIN ALTERACIONES, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR) POR AHORA SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, SE CONSIDERA TRASLADO A PISOS SEGUN DISPONIBILIDAD DE CAMAS, ATENTOS A EVOLUCION, MANEJO MEDICO INSTAURADO, VIGILANCIA CLINICA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

29/11/2020 11:40 a. m. CARDENAS ZERPA MARIBELL
SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION

29/11/2020 09:43 p. m. CARDENAS ZERPA MARIBELL
ANALISIS: PACIENTE DE 32 AÑOS EN POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12+00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ASINTOMATICA PARA VASOESPASMO, ADECUADA MODULACION DEL DOL DOLOR, AL EXAMEN FISICO BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES ESTABLES, CON HEMATOMA EN REGIO VULVAR NO EXPANSIVO, NO SANGRADO ACTIVO, PARACLINICOS SIN ALTERACIONES, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR) POR AHORA SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, SE CONSIDERA TRASLADO A PISOS SEGUN DISPONIBILIDAD DE CAMAS, ATENTOS A EVOLUCION, MANEJO MEDICO INSTAURADO, VIGILANCIA CLINICA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

29/11/2020 12:01 a. m. RINCON BONILLA JOHNNATTAN FRANCISCO
ANALISIS: PACIENTE DE 33 AÑOS EN POR DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12+00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ASINTOMATICA PARA VASOESPASMO, ADECUADA MODULACION DEL DOL DOLOR, AL EXAMEN FISICO BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES ESTABLES, CON HEMATOMA EN REGIO VULVAR NO EXPANSIVO, NO SANGRADO ACTIVO, PARACLINICOS SIN ALTERACIONES, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR) POR AHORA SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, SE CONSIDERA TRASLADO A PISOS SEGUN DISPONIBILIDAD DE CAMAS, ATENTOS A EVOLUCION, MANEJO MEDICO INSTAURADO, VIGILANCIA CLINICA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

29/11/2020 04:44 a. m. RINCON BONILLA JOHNNATTAN FRANCISCO
FORMULACION

29/11/2020 10:19 a. m. CARDENAS ZERPA MARIBELL
ANALISIS: PACIENTE DE 32 AÑOS EN POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12+00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ASINTOMATICA PARA VASOESPASMO, ADECUADA MODULACION DEL DOL DOLOR, AL EXAMEN FISICO BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES ESTABLES, CON HEMATOMA EN REGIO VULVAR NO EXPANSIVO EN MEJORIA, NO SANGRADO ACTIVO, PARACLINICOS SIN ALTERACIONES, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR) POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO MEDICO INSTAURADO, CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, SE CONSIDERA PASO A PISOS SEGUN DISPONIBILIDAD DE CAMAS, ATENTOS A EVOLUCION, MANEJO MEDICO INSTAURADO, VIGILANCIA CLINICA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

29/11/2020 05:11 p. m. CARDENAS ZERPA MARIBELL
ANALISIS: PACIENTE DE 32 AÑOS EN POR DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12+00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ASINTOMATICA PARA VASOESPASMO, ADECUADA MODULACION DEL DOL DOLOR, AL EXAMEN FISICO BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES ESTABLES, CON HEMATOMA EN REGIO VULVAR NO EXPANSIVO EN MEJORIA, NO SANGRADO ACTIVO, PARACLINICOS SIN ALTERACIONES, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR) POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO MEDICO INSTAURADO, CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, SE CONSIDERA PASO A PISOS SEGUN DISPONIBILIDAD DE CAMAS, ATENTOS A EVOLUCION, MANEJO MEDICO INSTAURADO, VIGILANCIA CLINICA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

29/11/2020 08:56 p. m. CARDENAS ZERPA MARIBELL

ESTUPINAN BARRERA GEBER

ANALISIS: PACIENTE DE 33 AÑOS EN POR DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12+00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ADECUADA MODULACION DEL DOL DOLOR, REFIERE DISMINUCION DE EDEMA RESPECTO A DIAS ANTERIORES AL EXAMEN FISICO BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES ESTABLES, CON HEMATOMA EN REGION VULVAR NO EXPANSIVO EN MEJORIA, NO SANGRADO ACTIVO, HEMOGRAMA CONTROL DENTRO DE METAS, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR), CONTINUAMOS MANEJO MEDICO INSTAURADO Y VIGILANCIA CLINICA, SE CONSIDERA TRASLADO A PISOS SEGUN DISPONIBILIDAD DE CAMAS, ATENTOS A EVOLUCION, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

30/11/2020 12:04 a. m. PATIÑO DELGADO JULIAN FERNANDO
ANALISIS: PACIENTE DE 32 AÑOS EN POR DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12+00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ADECUADA MODULACION DEL DOL DOLOR, DISMINUCION DE EDEMA RESPECTO A DIAS ANTERIORES, AL EXAMEN FISICO BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES ESTABLES, CON HEMATOMA EN REGION VULVAR NO EXPANSIVO EN MEJORIA, NO SANGRADO ACTIVO, HEMOGRAMA CONTROL DENTRO DE METAS, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR), CONTINUAMOS CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO Y MANEJO MEDICO INSTAURADO, VIGILANCIA CLINICA, SE CONSIDERA TRASLADO A PISOS SEGUN DISPONIBILIDAD DE CAMAS, ATENTOS A EVOLUCION, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

30/11/2020 10:43 a. m. ESTUPIAN BARRERA GEBER
ANALISIS: PACIENTE DE 32 AÑOS EN POR DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DEL 26/11/2020 A LAS 12+00, POR HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE, SECUNDARIO A TRAUMA VULVAR POR CAIDA DESDE 1 METRO DE ALTURA, EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ADECUADA MODULACION DEL DOL DOLOR, DISMINUCION DE EDEMA RESPECTO A DIAS ANTERIORES, AL EXAMEN FISICO BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES ESTABLES, CON HEMATOMA EN REGION VULVAR NO EXPANSIVO EN MEJORIA, NO SANGRADO ACTIVO, HEMOGRAMA CONTROL CENTRO DE METAS, PENDIENTE REMISION POR EPS (COMPENSAR), CONTINUAMOS CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO + ANALGESIA DE FORMA AMBULATORIA, SE DAN RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA E INCAPACIDAD MEDICA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

SERVICIOS

CODIGO	NOMBRE	PC
902210	902210 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	
873411	873411 - RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	
902210	902210 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	
906813	906813 - PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	
903804	903804 - SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
903405	903405 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
903856	903856 - NITROGENO UREICO	
903841	903841 - GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	
902210	902210 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	
11500	11500 - DRENAJE ABSCESO O HEMATOMA CUPULA VAGINAL	

MEDICAMENTOS

CODIGO	NOMBRE	PC
MED957	LACTATO RINGER 500ML SOLUCION INYECTABLE	
MED816	DIPIRONA 1G/2 ML SOLUCION INYECTABLE	
MED816	DIPIRONA 1G/2 ML SOLUCION INYECTABLE	
MED132	AMPICILINA + SULBACTAM 1 G - 0.5 G POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCION (MOLECULA ORIGINAL)	
MED489	DICLOFENACO 75MG/3ML IVIM SOLUCION INYECTABLE	
MED840	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20MG/ML SOLUCION INYECTABLE	
MED1269	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	
MED489	DICLOFENACO 75MG/3ML IVIM SOLUCION INYECTABLE	
MED132	AMPICILINA + SULBACTAM 1 G - 0.5 G POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCION (MOLECULA ORIGINAL)	
MED816	DIPIRONA 1G/2 ML SOLUCION INYECTABLE	
MED957	LACTATO RINGER 500ML SOLUCION INYECTABLE	
MED308	BISACODILO 5 MG TABLETA	
MED957	LACTATO RINGER 500ML SOLUCION INYECTABLE	
MED132	AMPICILINA + SULBACTAM 1 G - 0.5 G POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCION (MOLECULA ORIGINAL)	
MED489	DICLOFENACO 75MG/3ML IVIM SOLUCION INYECTABLE	
MED816	DIPIRONA 1G/2 ML SOLUCION INYECTABLE	
MED1269	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	
MED957	LACTATO RINGER 500ML SOLUCION INYECTABLE	

ESTUPINAN BARRERA GEBER

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº45640

CLASE Inicial

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 30/noviembre/2020 10:53 a. m.

Médico: 40036668 GEBER ESTUPIÑAN BARRERA

Información Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1030545205 **Edad:** 32 Años \ 6 Meses \ 28 Días **F. Nacimiento:** 02/05/1988

Entidad: RC_006 EPS COMPENSAR

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 12 **Fecha Inicial:** 26/noviembre/2020 **Fecha Final:** 07/diciembre/2020

Diagnóstico: S302 - CONTUSION DE LOS ORGANOS GENITALES EXTERNOS

SE DA INCAPACIDAD EN POP DE POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DE 26/11/20 A LAS 12+00. POR LO QUE SE DA INCAPACIDAD MEDICA DESDE EL INGRESO HASTA EL DIA 7 DE DICIEMBRE

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Item 10 5-diciembre 14 diciembre 2020

20203200054293

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO AUSENTISMO**	Versión	1
		Fecha de aprobación	22/06/2017
		Código	04-02-FO-0007

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FECHA DE SOLICITUD:	05/12/2020		
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	CALDERON OSTOS GINA PAOLA		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030545205		
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA		
ÁREA Y/O DEPENDENCIA	SALAS DE CIRUGIA		
TIEMPO DE PERMISO	15 DIAS		
CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD (Citas Medicas)		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	X	PERIODO DE INCAPACIDAD	15 DIAS
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	05/12/2020 HASTA 19/12/2020
SE ANEXA INCAPACIDAD		HORARIO	7:00 AM A 1:00 PM
		Anexe el soporte de la causa de la calamidad	
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la causa	
Firma del Funcionario		Vo.Bo. Jefe Inmediato	
		NOMBRE:	LIZETH PATRICIA LARA YANES
		CARGO:	INSTRUMENTADOR QUIRURGICO
Vo. Bo Firma del Director		Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud	
Vo. Bo Firma del Gerente			

DESPRENDIBLE....PARA DIRECCIÓN DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:			
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:			
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:			
ÁREA Y/O DEPENDENCIA			
TIEMPO DE PERMISO			
CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)			
a) SALUD		FECHA	
		HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA		FECHA	
		HORARIO	
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO			

Recibido
23-12-20
S.S.F.

14 DIC 2020

Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº45807

CLASE Inicial

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 05/diciembre/2020 03:21 p. m.

Médico: 1122647008 ALVARO ANDRES GONZALEZ ALFEREZ

Información Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cedula_Ciudadania **Número:** 1030545205 **Edad:** 32 Años \ 7 Meses \ 3 Dias **F. Nacimiento:** 02/05/1988

Entidad: RC_006 EPS COMPENSAR

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Dias de Incapacidad: 15 **Fecha Inicial:** 05/diciembre/2020 **Fecha Final:** 19/diciembre/2020

Diagnóstico: N765 - OTRAS INFLAMACIONES ESPECIFICADAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA

SE DA INCAPACIDAD MEDICA POR 15 DIAS DESDE LA FECHA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº45807

CLASE Inicial

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 05/diciembre/2020 03.21 p. m.

Médico: 1122647008 ALVARO ANDRES GONZALEZ ALFEREZ

Información Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1030545205 **Edad:** 32 Años \ 7 Meses \ 3 Días **F. Nacimiento:** 02/05/1988

Entidad: RC_006 EPS COMPENSAR

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 15 **Fecha Inicial:** 05/diciembre/2020 **Fecha Final:** 19/diciembre/2020

Diagnóstico: N768 - OTRAS INFLAMACIONES ESPECIFICADAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA

SE DA INCAPACIDAD MEDICA POR 15 DIAS DESDE LA FECHA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
900959048

Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

EPICRISIS Nº114522

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 05/diciembre/2020 03:38 p. m. Ingreso: 4026410 Fecha de Ingreso: 4/12/2020 10:44:40 a. m. Confirmado

Informacion Paciente: GINA PAOLA CALDERON OSTOS Tipo Paciente: Contributivo Sexo: Femenino

Tipo Documento: CédulaCiudadania Número: 1030545205 Edad: 32 Años \7 Meses \3 Dias F. Nacimiento: 02/05/1988

E.P.S: RC_006 EPS COMPENSAR

Admitido Por:

Egreso del Servicio:

Fecha de Ingreso: 4/12/2020 10:44:40 a. m. Fecha de egreso: 5/12/2020 3:38:38 p. m.

ESTANCIA

CAMA	AREA SERVICIO	FECHA INGRESO	FECHA EGRESO	DIAS
KNSPR205	HOSPITALIZACION GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA OCCIDENTE DE KENNEDY	04/12/20 14:43		2

TOTAL DIAS ESTANCIA 2

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso: Ninguna Fecha Egreso: 05/diciembre/2020 03:38 p. m. Estado Paciente: VIVO

Causa De Ingreso:

Enfermedad_General_Adulto

Motivo Consulta:

SE ATIENDE CON MASCARILLA (TAPABOCAS CONVENCIONAL + N95), GAFAS PROTECTORAS, UNIFORME QUIRURGICO, PROTOCOLO ACCUADO DE LAVADO DE MANOS DEL MEDICO Y DE LA PACIENTE AL INICIO Y FINAL DE LA CONSULTA, PREVIO AL EXAMEN FISICO Y AL FINAL DEL EXAMEN FISICO.

MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA POR CUADRO DE TRES DIAS DE EVOLUCION CON DOLRO A NIVEL DE REGION GLUTEA IZQUIERDA ASOCIADO A FIEBRE EE 38,4 GRADOS Y MALESTAR GENERAL. PACIENTE CON POP DE DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR + RAFIA VULVAR DE 26/11/20 A LAS 12+00, POP DE CORRECION DE DESGARRO VULVAR DE 25/11/20 A LAS 20+00, +TRAUMA EN REGION VULVAR + HEMATOMA EXPANSIVO DISECANTE. MOTIVO POR EL CUAL INGRESA

SUBJETIVO:
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, NIEGA SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ,NO NAUSEAS NO EMESIS, NO PICOS FEBRILES DIURESIS POSITIVA
SUBJETIVO:
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, NIEGA SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ,NO NAUSEAS NO EMESIS, NO PICOS FEBRILES DIURESIS POSITIVA
SUBJETIVO:
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, NIEGA SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ,NO NAUSEAS NO EMESIS, NO PICOS FEBRILES DIURESIS POSITIVA
SUBJETIVO
REFIERE DOLOR LOCALIZADO ASOCIADO A CALOR Y EDEMA.
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, NIEGA SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ,NO NAUSEAS NO EMESIS, NO PICOS FEBRILES DIURESIS POSITIVA
ABSCESO GLÚTEO
HEMATOMA GLUTEO
SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, NIEGA SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ,NO NAUSEAS NO EMESIS, NO PICOS FEBRILES DIURESIS POSITIVA

Enfermedad Actual:

OBJETIVO
PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONSCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,
CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA
CUELLO MÓVIL NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS
TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,

GONZALEZ ALFEREZ ALVARO ANDRES

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, SIN EDEMA DISTAL, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS
G/UEDEMA MODERADO EN GENITALES EXTERNOS , MASA APROX DE 6CM EN REGION GLUTEA DERECHA INDURADA CON RUBOR, CALOR, DOLOR
NEUROLÓGICO SIN DÉFICIT APARENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, NO FOCALIZACIÓN NI MENINGISMOS
OBJETIVO
PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONSCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,
CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA
CUELLO MÓVIL NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS
TÓRAX, SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, SIN EDEMA DISTAL, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS
G/UEDEMA MODERADO EN GENITALES EXTERNOS , MASA APROX DE 6CM EN REGION GLUTEA DERECHA INDURADA CON RUBOR, CALOR, DOLOR
NEUROLÓGICO SIN DÉFICIT APARENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, NO FOCALIZACIÓN NI MENINGISMOS
OBJETIVO
PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONSCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,
CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA
CUELLO MÓVIL NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS
TÓRAX, SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, SIN EDEMA DISTAL, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS
G/UEDEMA MODERADO EN GENITALES EXTERNOS , MASA APROX DE 6CM EN REGION GLUTEA DERECHA INDURADA CON RUBOR, CALOR, DOLOR
NEUROLÓGICO SIN DÉFICIT APARENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, NO FOCALIZACIÓN NI MENINGISMOS
OBJETIVO
ACEPTABLE ESTADO GENERAL, HIDRATADA, AFEBRIL, CON TENDENCIA A LA TAQUICARDIA

CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, MUCOSAS HÚMEDAS .
TÓRAX NORMOEXPANSIBLE
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL
REGION PERINEAL CON EXTENSO HEMATOMA NO EXPANSIVO, EN RESOLUCIÓN, CON EVIDENCIA DE ABSCESO GLUTEO DERECHO, CON ERITEMA, CALOR Y EDEMA, CON AUMENTO DEL ERITEMA IMPORTANTE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN, RENITENTE, TACTO RECTAL CON ESFINTER NORMOTÓNICO, SIN TRAYECTOS FISTULOSOS
EXTREMIDADES SIN EDEMA
OBJETIVO
PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONSCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,
CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA
CUELLO MÓVIL NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS
TÓRAX, SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, SIN EDEMA DISTAL, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS
G/U: EDEMA MODERADO EN GENITALES EXTERNOS , MASA APROX DE 6CM EN REGION GLUTEA DERECHA INDURADA CON RUBOR, CALOR, DOLOR
NEUROLÓGICO: SIN DÉFICIT APARENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, NO FOCALIZACIÓN NI MENINGISMOS
OBJETIVO
PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONSCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,
CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA
CUELLO MÓVIL NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS
TÓRAX, SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, SIN EDEMA DISTAL, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS
G/U: EDEMA MODERADO EN GENITALES EXTERNOS , HERIDA CUBIERTA CON APOSITO SIN ESTIGMAS DE SANGRADO
NEUROLÓGICO: SIN DÉFICIT APARENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, NO FOCALIZACIÓN NI MENINGISMOS

Revisión del Sistema:

Antecedentes:

GONZALEZ ALFEREZ ALVARO ANDRES

Examen Físico:

Resultados e interpretación de paraclínicos

LABORATORIOS
ECO DE TEJIDO BLANDO HEMATOMA VS ABSCESO GLUTEO DERECHO A ESTUDIO.
- se evidencia imagen hiperecoica con eco en su interior de bordes definidos mide 3.63x4.25 cm
04/12/20 PCR 0.35 CH: HB 13.8 HTO 42.5 VCM 93 L 12830 N 9250, PLAQUETAS 434000
29/11/2020 HEMOGRAMA LEU: 9.740 HB: 11 HTO: 33 PLAQ: 222 N: 6.05# L: 2.28#
28/11/2020 GLICEMIA: 118MG/DL, BUN: 4.7 CREATININA: 0.62 PCR: 2.46 , SODIO: 138
28/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS:11.07, HB:11 HTO:33.3 VCM: 91.2 NEUTRON: 58.9 LINFON: 25.3 PLAQUETAS: 207
28/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS 15250, HB 12.2, HTO 36, PLAQUETAS 218000, N 72%, L 16%
25/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS 12710, HB 16.1, HTO 47, PLAQUETAS 276000, N 74%, L 17%

IMAGENES
26/11/2020: RX DE PELVIS: NEGATIVO PARA TRAZOS DE FRACTURA
LABORATORIOS
ECO DE TEJIDO BLANDO HEMATOMA VS ABSCESO GLUTEO DERECHO A ESTUDIO.
- SE EVIDENCIA IMAGEN HIPOECOICA CON ECOGENICIDAD EN SU INTERIOR DE BORDES DEFINIDOS DE 3.63X 4.65 CM.
04/12/20 PCR 0.35 CH: HB 13.8 HTO 42.5 VCM 93 L 12830 N 9250, PLAQUETAS 434000
29/11/2020 HEMOGRAMA LEU: 9.740 HB: 11 HTO: 33 PLAQ: 222 N: 6.05# L: 2.28#
28/11/2020 GLICEMIA: 118MG/DL, BUN: 4.7 CREATININA: 0.62 PCR: 2.46 , SODIO: 138
28/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS:11.07, HB:11 HTO:33.3 VCM: 91.2 NEUTRON: 58.9 LINFON: 25.3 PLAQUETAS: 207
28/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS 15250, HB 12.2, HTO 36, PLAQUETAS 218000, N 72%, L 16%
25/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS 12710, HB 16.1, HTO 47, PLAQUETAS 276000, N 74%, L 17%

IMAGENES
26/11/2020: RX DE PELVIS: NEGATIVO PARA TRAZOS DE FRACTURA
LABORATORIOS
ECO DE TEJIDO BLANDO HEMATOMA VS ABSCESO GLUTEO DERECHO A ESTUDIO.
- SE EVIDENCIA IMAGEN HIPOECOICA CON ECOGENICIDAD EN SU INTERIOR DE BORDES DEFINIDOS DE 3.63X 4.65 CM.
04/12/20 PCR 0.35 CH: HB 13.8 HTO 42.5 VCM 93 L 12830 N 9250, PLAQUETAS 434000
29/11/2020 HEMOGRAMA LEU: 9.740 HB: 11 HTO: 33 PLAQ: 222 N: 6.05# L: 2.28#
28/11/2020 GLICEMIA: 118MG/DL, BUN: 4.7 CREATININA: 0.62 PCR: 2.46 , SODIO: 138
28/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS:11.07, HB:11 HTO:33.3 VCM: 91.2 NEUTRON: 58.9 LINFON: 25.3 PLAQUETAS: 207
28/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS 15250, HB 12.2, HTO 36, PLAQUETAS 218000, N 72%, L 16%
25/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS 12710, HB 16.1, HTO 47, PLAQUETAS 276000, N 74%, L 17%

IMAGENES
26/11/2020: RX DE PELVIS: NEGATIVO PARA TRAZOS DE FRACTURA
LABORATORIOS
ECO DE TEJIDO BLANDO HEMATOMA VS ABSCESO GLUTEO DERECHO A ESTUDIO.
- SE EVIDENCIA IMAGEN HIPOECOICA CON ECOGENICIDAD EN SU INTERIOR DE BORDES DEFINIDOS DE 3.63X 4.65 CM.
04/12/20 PCR 0.35 CH: HB 13.8 HTO 42.5 VCM 93 L 12830 N 9250, PLAQUETAS 434000
29/11/2020 HEMOGRAMA LEU: 9.740 HB: 11 HTO: 33 PLAQ: 222 N: 6.05# L: 2.28#
28/11/2020 GLICEMIA: 118MG/DL, BUN: 4.7 CREATININA: 0.62 PCR: 2.46 , SODIO: 138
28/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS:11.07, HB:11 HTO:33.3 VCM: 91.2 NEUTRON: 58.9 LINFON: 25.3 PLAQUETAS: 207
28/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS 15250, HB 12.2, HTO 36, PLAQUETAS 218000, N 72%, L 16%
25/11/2020 HEMOGRAMA LEUCOS 12710, HB 16.1, HTO 47, PLAQUETAS 276000, N 74%, L 17%

IMAGENES
26/11/2020: RX DE PELVIS: NEGATIVO PARA TRAZOS DE FRACTURA

Analisis y Justificación de la estancia:

GONZALEZ ALFEREZ ALVARO ANDRES

Cirugia Limpia/Contaminada
Sala
NO

Plan de Tratamiento

GONZALEZ ALFEREZ ALVARO ANDRES

SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE CESANTÍAS

fna AHORRO

Ciudad/Departamento: _____ / _____

CONSECUTIVO CLIENTE No. _____

Tipo documento de identidad: [CC] [CE] [TI] [RC] [NIT] Número de documento: 1 0 5 0 5 4 5 2 0 5

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Gina	Paola	Calderon	Ostos

Fecha nacimiento: 12 05 1988 Dpto: Cundinamarca Ciudad: Bogota País: Colombia

Fecha expedición: 22 05 2006 Dpto: Cundinamarca Ciudad: Bogota Reside en el exterior: [NO] [SI] País: _____

Sexo: [F] [M] Estado civil actual: Soltero(a) [X] Casado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Unión Libre [ ] Separado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Número de personas a cargo: [ ]

Nivel de estudios: Primaria [ ] Bachillerato [ ] Técnicos [ ] Universitarios [X] Especialización [ ] Maestría [ ] Doctorado [ ] Ninguno [ ] Profesión ú Oficio: _____

Dirección domicilio: Trans 78 I Bis # 44 - 94 Sur Barrio: Los periodistas Estrato: 3

Dpto: Cundinamarca Ciudad: Bogota Tiempo en el domicilio: Años 23 Meses 9 Vivienda propia sin hipoteca: [X] Propia con hipoteca [ ] Familiar [ ] Arrendada [ ]

Teléfono(s) domicilio: 2756457 Celular(es): 3123369443 Correo electrónico: _____ @ _____

Envío correspondencia: Domicilio [X] Oficina [ ]

2. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo documento de identidad: [CC] [CE] Número: _____ Sexo: [F] [M] Correo electrónico: _____ @ _____

Actividad económica: Independiente [ ] Hogar [ ] Asalariado [ ] Nombre empresa ó persona natural: _____

Teléfono(s) oficina: _____ No(s).Celular(es): _____

3. VINCULO LABORAL ACTUAL

Identificación Entidad ó Emptresa: [CC] [CE] [NIT] No.: 8 6 0 0 1 8 4 4 6 3 Sector: Público [X] Privado [ ]

Nombre o razón social Entidad ó Empresa: Hospital Universitario de Fontibon

Tipo de contrato : Indefinido [X] Fijo [ ] Salario: $ 1'371.841 Cargo actual: TEC. A. SALUD Fecha de vinculación: DD MM AAAA

Dirección sitio de trabajo: CRA 99 # 17 N 32 Dpto: _____ Ciudad: _____

Teléfono(s) fijo(s): 4208058 Ext.: _____ Fax: _____ Correo elec. empresa: _____ @ _____

¿Es servidor público? [SI] [NO] Maneja Recursos públicos? [SI] [NO] Es reconocido públicamente? [SI] [NO]

Si es reconocido públicamente, seleccione por cual de las siguientes actividades: Política [ ] Farándula [ ] Otro [ ] ¿Cuál? _____ Líder Comunal [ ] Prensa [ ] Deportista [ ] Contratista Estatal [ ]

Tiene vínculos con persona(s) públicamente reconocida(s)? [SI] [NO]

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES	OTROS INGRESOS	EGRESOS MENSUALES	TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS
$ 1'371.841	$	$ 1'000.000	$	$

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? [NO] [SI] Moneda: _____ Tipo de operaciones: _____

Productos financieros que posea en moneda extranjera:

Tipo de producto: _____ Identificación del producto: _____ Monto: _____

Entidad: _____ Ciudad: _____ País: _____

5. TRASLADO DE OTROS FONDOS

DILIGENCIE ESTA SECCIÓN, ÚNICAMENTE SI DESEA QUE EL SALDO ACTUAL QUE USTED POSEE POR CONCEPTO DE CESANTÍAS EN OTROS FONDOS, SEA TRASLADADO AL FNA. TENGA EN CUENTA QUE POR CADA FONDO EN EL QUE TENGA DEPOSITADAS CESANTÍAS DEBE DILIGENCIAR UN FORMULARIO.

AFILIACIÓN [ ]

Ó TRASLADO [ ] NOMBRE DEL FONDO QUE ADMINISTRA ACTUALMENTE SUS CESANTÍAS:

Estas cesantías corresponden a mi trabajo en las siguientes entidades o empresas:

1. _____ 2. _____ 3. _____

6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES VOLUNTARIAS

	Correo Electrónico		Celular	
✓ Autorizo al FNA a enviarme información institucional, a través de:	SI [ ]	NO [ ]	SI [ ]	NO [ ]
✓ Autorizo al FNA a enviarme extractos de mi cuenta de Cesantías, a través de:	SI [ ]	NO [ ]	SI [ ]	NO [ ]
✓ Autorizo al FNA a enviarme recibo(s) de pago de crédito, a través de:	SI [ ]	NO [ ]	SI [ ]	NO [ ]

ORÍGEN Y DESTINO DE LOS RECURSOS Y DE INFORMACIÓN: Declaro que los recursos que se entregarán al FNA por concepto cesantías provienen de actividades lícitas. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mi cuenta con dineros provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Declaro que la información que he suministrado en esta formulario es exacta, completa y verídica, por lo tanto entiendo que la falsedad, omisión o error en ella tendrá las consecuencias estipuladas en la Ley y en la reglamentación interna de la entidad. Declaro que he recibido información comercial sobre los derechos y deberes que adquiero como Afiliado(a) al FNA y acepto la normatividad de la entidad.

AUTORIZACIONES: Autorizo irrevocablemente al FNA, para verificar la información aquí suministrada, a través de los medios que considere conveniente. Igualmente, me obligo a actualizar los datos reportados en este formulario, una vez se produzcan cambios en ellos o que el FNA lo requiera. De igual manera, autorizo al FNA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, actualizar, solicitar y divulgar a sus filiales, a las centrales de información del sector financiero (CIFIN-Datacrédito) o a cualquier otra que administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Autorizo al FNA para realizar el trámite de traslado de cesantías. La presente autorización comprende no solo la facultad de reportar, procesar y divulgar, sino también la de solicitar información sobre mis relaciones comerciales con cualquier otra entidad que el FNA considere pertinente.

Firma Solicitante

Documento de identidad No.: _____

Nota: "Los trabajadores pertenecientes al sector privado afiliados al FNA, así como los servidores públicos que se afilien voluntariamente, solo podrán trasladar sus cesantías a una Sociedad Administradora de Cesantías transcurridos tres (3) años a partir de la afiliación, siempre que no tengan crédito vigente con el FNA (Art. 5 y 8 de la Ley 432 de 1998)".

Impresión dactilar. Dedo indicado en documento identidad



Huellero negro sin repisar

ESPACIO EXCLUSIVO FNA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DD MM AAAA	NOMBRE PERSONA AUTORIZADA ÁREA COMERCIAL:
PUNTO DE ATENCIÓN:	FIRMA: CC [ ] CE [ ] No.:

EMPLEADOR

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

20214360391171

20214360391171

Bogotá D.C., 11-06-2021

Señores
FONDO NACIONAL DEL AHORRO
Ciudad

Asunto: AUTORIZACIÓN RETIRO DE CESANTÍAS PARCIALES

Respetados Señores:

Atentamente me permito informar a ustedes que la persona relacionada a continuación, funcionaria del antiguo Hospital Occidente de Kennedy E.S.E. hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. con Nit 900959048-4 mediante acuerdo 641 del 06 de abril de 2016 *"Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones", en su artículo 2 se ordena la fusión de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, D.C.: Pablo VI bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy, las cuales se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada "Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E."*, está autorizada para retirar cesantías así:

Nombre:	GINA PAOLA CALDERON OSTOS
Cédula de Ciudadanía:	1.030.545.205
Cargo:	TECNICO AREA SALUD
Inversión:	COMPRA DE VIVIENDA
Girar a:	PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S. Con NIT. No. 900.626.067-5
Valor Autorizado:	$34.552.676 (TREINTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MCTE)
Régimen:	LEY 50.

La empresa se compromete a vigilar la inversión de las cesantías de acuerdo a lo estipulado en las normas establecidas.

Atentamente,

SANDRA LILIANA BAUTISTA LÓPEZ
Directora Operativa
Dirección de Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

18-06-21
Gina Paola Calderon O
1030545205
12:48 PM.

Nota: la presente autorización podrá ser confirmada en el teléfono 5551347 Ext 1903 – 3004444273

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.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Autorizado por:	Victor Raul Venegas Anzola	Profesional Universitario		
Elaborado por:	Javier Fernando Trujillo Torres	Profesional Universitario I - OPS		

BOGOTA 10 DE JUNIO

SEÑOR

OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS

GERENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE.

BOGOTA

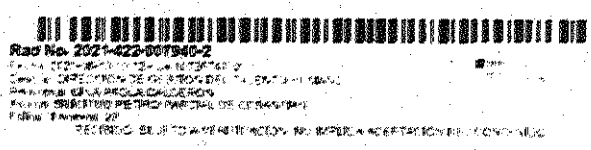
Solicito por medio de la presente el retiro parcial de mis cesantías que para la fecha tengo un valor de un saldo en pesos de TREINTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON 00/100 M/CTE ($34.552.676), por motivo de compra de vivienda nueva. Dicho valor debe ser girado a:

TITULAR BENEFICIARIO: PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S

NIT No: 900.626.067-5

BANCO: DE BOGOTA

TIPO DE CUENTA: CORRIENTE No 049-230857



Agradezco la atención prestada

Atentamente

Gina Paola Calderón Ostos

Gina Paola Calderon Ostos

cc. 1030545205

SEÑOR(A)(ES) INVERSIONISTA(S)
PARQUE CENTRAL TINTAL:

INFORMACIÓN DEL TRAMITE DE DESEMBOLSO DE CESANTIAS:

Agilice de forma **oportuna**, el trámite de **desembolso de Cesantías** comprometidos ante **el Fondo Nacional del Ahorro así:**

1. Presente fotocopia de su promesa, al área de recursos humanos de la empresa para la cual labora, allá le será entregada una carta de autorización de retiro de cesantías para compra de vivienda
2. Con la carta de autorización y copia de su promesa deberá dirigirse al F.N.A. y diligenciar el formulario de la entidad para el giro de los recursos.

DATOS A TENER EN CUENTA PARA DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE GIROS DE RECURSOS CON **FONDO NACIONAL DEL AHORRO**:

TITULAR BENEFICIARIO	:	**PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S.**
NIT No.	:	**900.626.067-5**
BANCO	:	**DE BOGOTA**
TIPO CUENTA	:	**CORRIENTE No. 049-230857**

3. Diez (10) días posteriores a su radicación, deberá solicitar en la entidad su **orden de giro o documento de pago**, la cual corresponde a la constancia de transferencia electrónica, emitida por la entidad en mención, éste es el único documento válido para identificar sus aportes.
4. **Envíenos escaneada al correo electrónico: mzuluaga@centrodetramites.com, tramites@centrodetramites.com, marthacastro@centrodetramites.com**

***** haciendo especial claridad, de Proyecto en que está efectuando su compra, Etapa, Torre, Apto en que adelanta su inversión, CC del titular de la negociación.**

*** Importante:** EL PLAZO MÁXIMO PARA EL GIRO DE LOS RECURSOS COMPROMETIDOS DE CESANTIAS / AHORROS VOLUNTARIOS A LA PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL, S.A.S. ES DE 60 DÍAS CALENDARIO, PREVIOS A LA FIRMA DE ESCRITURA PROGRAMADA EN SU CONTRATO DE PROMESA DE COMPRA VENTA.

*****TENGA EN CUENTA:** LA DIFERENCIA QUE NO SEA GIRADA POR LA ENTIDAD, POR DESCUENTOS DEL 4 POR MIL, DEBERA SER CANCELADA POR USTED, CON SU TARJETA DE RECAUDO, DE TAL FORMA, QUE EL 100% DEL VALOR COMPROMETIDO QUEDE CANCELADO.

RECIBI LA INFORMACION:

_____

NOMBRE Y FECHA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.030.545.205**

CALDERON OSTOS

APELLIDOS

GINA PAOLA

NOMBRES

Gina Paola Calderón Ostos

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-1988**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

09-MAY-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00942673-F-1030545205-20171004 0057778868A 2 9910144342

EL FONDO NACIONAL DEL AHORRO

HACE CONSTAR

Que según el extracto de cesantías procesado por el sistema, el(la) señor(a) CALDERON OSTOS GINA PAOLA identificado(a) con cedula de ciudadanía número 1030545205 es afiliado(a) desde hace 111 meses con las(s) siguiente(s) entidad(es):

	Saldo en UVR	Saldo en pesos
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY (ACT NO APORTANTE)	61.962,6283	$17.446.576
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. SURO (ACT APORTANTE)	60.753,4093	$17.106.101

A la fecha tiene un saldo en UVR de CIENTO VEINTE Y DOS MIL SETECIENTOS DIECISEIS COMA CERO TRES SETENTA Y SEIS (122.716,0376) que equivale a un saldo en pesos de TREINTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON 00/100 M/CTE ($34.552.676)

La anterior certificación, se expide a los 09 días del mes de junio de 2021 en la ciudad de Bogotá D.C.

En cumplimiento de los Artículos 224 y 225 de la Ley 1955 de 2019 y de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Cesantías, los valores en pesos de la presente certificación se calculan con base en la cotización de la UVR del día de su expedición. UVR del día 281.5661.

ALEXANDRA PATRICIA OLAYA DAJER
JEFE DIVISIÓN DE CESANTÍAS

Generado por: Fondo en Línea

Punto de Atención Principal - Correspondencia
Calle 12 No. 65 - 11 Puente Aranda, Bogotá - Colombia
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Sábado de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Sede Principal
Cra. 65 No. 11 - 83 Puente Aranda, Bogotá - Colombia
Teléfono: (+571) 307 7070
Línea Gratuita: 01 8000 52 7070
Línea de legalización: 01 8000 12 3362

Portal web: www.fna.gov.co
Facebook: www.facebook.com/FNAColombia
Twitter: @FNAcolombia
Notificaciones Judiciales:
notificacionesjudiciales@fna.gov.co

Viene de la promesa de compra venta suscrita entre **FIDUCIARIA BOGOTA S.A., VOCERA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FIDEICOMISO PARQUE CENTRAL TINTAL 3 - FIDUBOGOTA PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S., FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR DEL PATRIMONIO AUTONOMO PARQUE CENTRAL TINTAL 3 – FIDUBOGOTA** con **CALDERON OSTOS GINA PAOLA,** mayor(es) de edad, vecino(s) de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía número 1030545205 de BOGOTA DC, de estado civil Soltero(a) sin unión Marital de Hecho, sobre el **APARTAMENTO QUINIENTOS TRES (503) TORRE TRECE (13)** del Conjunto Residencial **PARQUE CENTRAL TINTAL 3 P.H. - ETAPA III.**

OTROSI: Las partes manifiestan que de común acuerdo, resuelven modificar la(s) cláusula(s): **QUINTA** del contrato de promesa de compraventa, la(s) cual(es) quedará(n) así:

QUINTA. PRECIO Y FORMA DE PAGO. El precio total del inmueble prometido(s) en venta es la suma estimada de **CIENTO VEINTIDOS MILLONES CINCUENTA Y UN MIL DIEZ PESOS M/CTE ($122.051.010)***, que **El(LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES)** pagará(n) al **FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR,** es decir, a la sociedad **PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S.,** tal y como se describe en el anexo número 3, denominado Anexo de Pagos, que hace parte integral del presente contrato.
PARÁGRAFO 1: * El valor final del inmueble será el resultado de multiplicar el valor del **SMMLV** del año en que se escriture la unidad por el número de **SMMLV (135)** que se defina para la vivienda de interés social en las disposiciones legales que regulan la materia, en el año en que se escriture la respectiva unidad, sin exceder el valor estimado para el inmueble.
PARAGRAFO 2: EL (LOS) PROMETIENTE (S) COMPRADOR (ES) y EL PROMETIENTE VENDEDOR, autoriza(n) a Banco Caja Social S.A. en adelante la Entidad Financiera para que el préstamo que financia la adquisición de Inmueble sea girado directamente en favor de la sociedad **PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S.,** en su condición de **FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR.**
PARAGRAFO 3: EL (LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES) reconocerá(n) al **FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR,** intereses mensuales (de subrogación o legales), pagaderos los cinco (5) primeros días de cada mes, liquidados a la tasa máxima autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, sobre la suma denominada Valor de Financiación en el Anexo de Pagos, desde la fecha de entrega del Inmueble hasta la fecha en la cual se efectué el desembolso del total de los valores adeudados, por parte de la entidad financiera.
En los casos en que la entidad que financia la adquisición del Inmueble no haya suscrito con **EL FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR** acuerdo para el desembolso del crédito, los intereses legales se cobrarán, si transcurridos cuarenta y cinco (45) días calendario desde la fecha de firma de la escritura de transferencia no se ha obtenido el desembolso del crédito por parte de la entidad financiera, y hasta el día en que se efectué el abono efectivo por parte de la respectiva entidad financiera del crédito al **FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR,** a la tasa máxima legal permitida.
PARAGRAFO 4: En caso de mora en el cumplimiento de cualquiera de los plazos y/o pagos previstos en este convenio, incluido el pago o abono por conducto de Banco Caja Social S.A., por culpa de **EL (LOS) PROMETIENTE (S) COMPRADOR** (ES), este pagará(n) un interés moratorio a la tasa máxima vigente sobre las sumas adeudadas, sin que esto pueda interpretarse como prórroga del plazo, pues en tal evento y en cualquier momento durante la mora, podrá **EL PROMETIENTE VENDEDOR y/o EL FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR** , exigir el pago del saldo total adeudado con sus intereses de inmediato, además de hacer efectivo el cobro de las arras pactadas más adelante por el incumplimiento, sin perjuicio del ejercicio de los derechos y acciones consagrados a favor de la parte cumplida de este contrato.
PARAGRAFO 5: EL (LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES) no solicitarán a **EL PROMETIENTE VENDEDOR** y/o al **FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR,** cesiones de su posición contractual, ni modificaciones a la forma de pago del precio convenido, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario anteriores al día pactado para la firma de la escritura pública de compraventa. En todo caso, **EL PROMITENTE VENDEDOR y/o PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL SAS** se reserva la posibilidad de aceptar o no la nueva forma de pago presentada por EL (LOS) PROMITENTE(S) COMPRADOR(ES) y/o la cesión de este contrato.
En el evento que **EL (LOS) PROMETIENTE (S) COMPRADOR (ES)** opte(n) por utilizar una suma de financiación inferior a la señalada en el Anexo No. 3 por conducto de Banco Caja Social S.A. o decida no utilizarla, deberá(n) pagar la diferencia en el precio del Inmueble antes del otorgamiento de la escritura pública de compraventa prometida.
PARAGRAFO 6: Siempre que hubiere lugar a ello, **EL (LOS) PROMETIENTE (S) COMPRADOR (ES)** se obliga(n) a pagar, en forma inmediata a su causación, los valores que por concepto de avalúos, estudios de títulos, timbres, primas de seguro, le(s) cobre Banco Caja Social S.A. para perfeccionar el crédito que financie la adquisición del Inmueble, así como los timbres de pagarés, los derechos notariales que le correspondieren, el impuesto y los derechos de registro y en general los demás gastos que por ley le correspondieren y que se ocasionen por la celebración de este contrato; en todo caso autorizan **AL PROMETIENTE VENDEDOR y/o al FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR** para efectuar tales pagos por su cuenta, obligándose(n) a reembolsarlos en forma inmediata.
PARAGRAFO 7: EL (LOS) PROMETIENTE (S) COMPRADOR (ES) se obligan(n) a pagar en forma inmediata y/o anticipada al **PROMETIENTE VENDEDOR y/o al FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR,** los valores que por concepto de impuestos a transacciones financieras y/o gravamen a movimientos financieros, llegaré a cobrar Banco Caja Social S.A., Caja de Compensacion Familiar Compensar y/o cualquier otra entidad que efectuare desembolsos, por el giro del saldo que se obligó(aron) cancelar **EL (LOS) PROMETIENTE (S) COMPRADOR (ES) al PROMETIENTE VENDEDOR y/o al FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR.**
PARAGRAFO 8: En los casos en los cuales hubiere lugar, **EL (LOS) PROMETIENTE (S) COMPRADOR(ES)** faculta(n) a **AL PROMETIENTE VENDEDOR y/o al FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR** para efectuar libremente la imputación de los pagos a las obligaciones que este último tenga con la entidad que financia la construcción del proyecto. En el evento

en que, al momento del desembolso de los recursos provenientes de la venta del Inmueble, no existieren obligaciones a cargo del **FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR,** los dineros producto del crédito deberán ser girados a favor de la sociedad **PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL SAS. PARAGRAFO 9: EL PROMETIENTE VENDEDOR y/o El FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR** podrá exigir a **EL (LOS) PROMETIENTE (S) COMPRADOR (ES)** las garantías reales o personales que estime convenientes sobre las sumas adeudadas.

PARÁGRAFO 10: Si alguno de los pagos se efectúa con cheque y este es devuelto por la entidad bancaria que lo emitió, negando su pago por causas imputables a **EL (LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES)**, como por ejemplo, no contar con fondos suficientes, se entenderá que hubo mora desde la fecha en que debió producirse el pago y además se causará a favor del **FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR** la sanción relativa a este evento en concreto, establecida en el Código de Comercio.

Las siguientes cláusulas aplican únicamente en caso de que el EL(LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES) cuente con Subsidio Familiar de Vivienda, para el pago del precio establecido en esta cláusula.

PARAGRAFO 11: BENEFICIARIOS DEL SUBSIDIO. El subsidio familiar de que trata esta cláusula fue (o será) otorgado al grupo familiar compuesto por: **CALDERON OSTOS GINA PAOLA.**

PARAGRAFO 12: CAUSALES DE RESTITUCIÓN DEL SUBSIDIO. De conformidad con el Artículo 21 de la Ley 1.537 de 2012 que modifica el Artículo 8º de la Ley 3ª de 1991, el Subsidio Familiar de Vivienda será restituido al Estado, cuando (i) **EL(LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES)** beneficiario(s) del mismo transfiera(n) el dominio de la solución de vivienda o deje(n) de residir en ella antes de haber transcurrido diez (10) años contados desde la fecha de su transferencia, sin que haya mediado permiso específico fundamentado en razones de fuerza mayor definidas por las normas que reglamenten la materia.

(ii) También será restituible el Subsidio Familiar de Vivienda si se comprueba que existió imprecisión o falsedad en los documentos presentados para acreditar los requisitos establecidos para su asignación o cuando se les compruebe que han sido condenadas por delitos cometidos en contra de menores de edad de acuerdo con lo que certifique la autoridad competente. En este caso la persona que presente esta información quedará inhabilitada por el término de diez (10) años para volver a solicitar el subsidio en los términos de los artículos 30 de la Ley 3 de 1991 y 42 del Decreto 2.190 del 12 de junio de 2009 y los que los adicionen o modifiquen.

Si una vez transferido el inmueble se presenta remate del mismo, deberá efectuarse la devolución del subsidio de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 62 del Decreto 2.190 del 12 de junio de 2009 y en las normas que lo modifiquen, reglamenten o adicionen.

PARAGRÀFO 13: DERECHO DE PREFERENCIA. Si una vez vencido el plazo establecido en el parágrafo anterior, **EL(LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES)** decide(n) vender la vivienda que adquirió(eron), la entidad otorgante del Subsidio Familiar de Vivienda tendrá derecho de preferenciapara la compra del mencionado Inmueble, para lo cual deberá atenderse el procedimiento establecido en el artículo 21 de la Ley 1537 de 2012 y en las normas que lo adicionen, reglamenten o reformen.

PARÁGRAFO 14: SOLICITUD REGISTRAL. En cumplimiento de lo estatuido en el Parágrafo 1º del artículo 21 de la Ley 1.537 de 2012, se solicitará al Señor Registrador de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Bogotá Zona centro inscribir en el folio de matrícula del Inmueble, de la Prohibición de Transferencia y del Derecho de Preferencia a que se refiere esta cláusula.

PARAGRAFO 15: Los integrantes del hogar beneficiario del subsidio de vivienda autorizan mediante este mismo instrumento a la Caja de Compensacion Familiar Compensar para que realice el giro del valor del subsidio que les fue aprobado a favor de la sociedad **PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S., NIT.900.626.067-5, FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR.**

PARAGRAFO 16: EL (LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES) se obliga(n) con el **FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR** a presentar certificación y/o copias de las planillas que acrediten el pago como trabajador dependiente o independiente de los aportes a Caja de Compensacion Familiar Compensar con una antelación de treinta (30) días a la fecha en la cual se suscriba la escritura pública de compraventa y posteriormente, de manera mensual hasta cuando se produzca el desembolso del subsidio aprobado, so pena de iniciar las acciones legales a las que hubiere lugar.

ANEXO DE PAGOS
PARQUE CENTRAL TINTAL 3 P.H
Apartamento - 0503 Torre 13

Valor total de la Venta:

Valor en Letras*: CIENTO VEINTIDOS MILLONES CINCUENTA Y UN MIL DIEZ PESOS M/CTE
Valor en Números: ($122.051.010)*
*NOTA: El valor final del inmueble será el resultado de multiplicar el valor del SMMLV del año en que se escriture la unidad por el número de SMMLV (135) que se defina para la vivienda de interés social en las disposiciones legales que regulan la materia, en el año en que se escriture la respectiva unidad, sin exceder el valor estimado para el inmueble.

en que, al momento del desembolso de los recursos provenientes de la venta del Inmueble, no existieren obligaciones a cargo del **FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR,** los dineros producto del crédito deberán ser girados a favor de la sociedad **PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL SAS. PARAGRAFO 9: EL PROMETIENTE VENDEDOR y/o El FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR** podrá exigir a **EL (LOS) PROMETIENTE (S) COMPRADOR (ES)** las garantías reales o personales que estime convenientes sobre las sumas adeudadas.

PARÁGRAFO 10: Si alguno de los pagos se efectúa con cheque y este es devuelto por la entidad bancaria que lo emitió, negando su pago por causas imputables a **EL (LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES)**, como por ejemplo, no contar con fondos suficientes, se entenderá que hubo mora desde la fecha en que debió producirse el pago y además se causará a favor del **FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR** la sanción relativa a este evento en concreto, establecida en el Código de Comercio.

Las siguientes cláusulas aplican únicamente en caso de que el EL(LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES) cuente con Subsidio Familiar de Vivienda, para el pago del precio establecido en esta cláusula.

PARAGRAFO 11: BENEFICIARIOS DEL SUBSIDIO. El subsidio familiar de que trata esta cláusula fue (o será) otorgado al grupo familiar compuesto por: **CALDERON OSTOS GINA PAOLA.**

PARAGRAFO 12: CAUSALES DE RESTITUCIÓN DEL SUBSIDIO. De conformidad con el Artículo 21 de la Ley 1.537 de 2012 que modifica el Artículo 8º de la Ley 3ª de 1991, el Subsidio Familiar de Vivienda será restituido al Estado, cuando (i) **EL(LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES)** beneficiario(s) del mismo transfiera(n) el dominio de la solución de vivienda o deje(n) de residir en ella antes de haber transcurrido diez (10) años contados desde la fecha de su transferencia, sin que haya mediado permiso específico fundamentado en razones de fuerza mayor definidas por las normas que reglamenten la materia.

(ii) También será restituible el Subsidio Familiar de Vivienda si se comprueba que existió imprecisión o falsedad en los documentos presentados para acreditar los requisitos establecidos para su asignación o cuando se les compruebe que han sido condenadas por delitos cometidos en contra de menores de edad de acuerdo con lo que certifique la autoridad competente. En este caso la persona que presente esta información quedará inhabilitada por el término de diez (10) años para volver a solicitar el subsidio en los términos de los artículos 30 de la Ley 3 de 1991 y 42 del Decreto 2.190 del 12 de junio de 2009 y los que los adicionen o modifiquen.

Si una vez transferido el inmueble se presenta remate del mismo, deberá efectuarse la devolución del subsidio de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 62 del Decreto 2.190 del 12 de junio de 2009 y en las normas que lo modifiquen, reglamenten o adicionen.

PARAGRÀFO 13: DERECHO DE PREFERENCIA. Si una vez vencido el plazo establecido en el parágrafo anterior, **EL(LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES)** decide(n) vender la vivienda que adquirió(eron), la entidad otorgante del Subsidio Familiar de Vivienda tendrá derecho de preferenciapara la compra del mencionado Inmueble, para lo cual deberá atenderse el procedimiento establecido en el artículo 21 de la Ley 1537 de 2012 y en las normas que lo adicionen, reglamenten o reformen.

PARÁGRAFO 14: SOLICITUD REGISTRAL. En cumplimiento de lo estatuido en el Parágrafo 1º del artículo 21 de la Ley 1.537 de 2012, se solicitará al Señor Registrador de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Bogotá Zona centro inscribir en el folio de matrícula del Inmueble, de la Prohibición de Transferencia y del Derecho de Preferencia a que se refiere esta cláusula.

PARAGRAFO 15: Los integrantes del hogar beneficiario del subsidio de vivienda autorizan mediante este mismo instrumento a la Caja de Compensacion Familiar Compensar para que realice el giro del valor del subsidio que les fue aprobado a favor de la sociedad **PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S., NIT.900.626.067-5, FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR.**

PARAGRAFO 16: EL (LOS) PROMETIENTE(S) COMPRADOR(ES) se obliga(n) con el **FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR** a presentar certificación y/o copias de las planillas que acrediten el pago como trabajador dependiente o independiente de los aportes a Caja de Compensacion Familiar Compensar con una antelación de treinta (30) días a la fecha en la cual se suscriba la escritura pública de compraventa y posteriormente, de manera mensual hasta cuando se produzca el desembolso del subsidio aprobado, so pena de iniciar las acciones legales a las que hubiere lugar.

ANEXO DE PAGOS
PARQUE CENTRAL TINTAL 3 P.H
Apartamento - 0503 Torre 13

Valor total de la Venta:

Valor en Letras*: CIENTO VEINTIDOS MILLONES CINCUENTA Y UN MIL DIEZ PESOS M/CTE
Valor en Números: ($122.051.010)*
*NOTA: El valor final del inmueble será el resultado de multiplicar el valor del SMMLV del año en que se escriture la unidad por el número de SMMLV (135) que se defina para la vivienda de interés social en las disposiciones legales que regulan la materia, en el año en que se escriture la respectiva unidad, sin exceder el valor estimado para el inmueble.

Cuota Inicial:

Cuota Inicial	Valor en Letras: CINCUENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL QUINIENTOS DOCE PESOS M/CTE Valor en Números: $ 51,283,512.00

Recibidos a la fecha	Valor en Letras: VEINTICUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE Valor en Números: $ 24,800,000.00

Ahorros y cesantías

Entidad	Fecha	Valor
Fondo Nacional del ahorro – Carlos Lleras Restrepo	30/03/2021	$ 33,845,832

Subsidio

Entidad	Valor
Caja de Compensacion Familiar Compensar	$ 18,170,520.00

Financiación:

Valor Financiación	Valor en Letras: CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE Valor en Números: ($52,596,978)
Entidad Financiera	Banco Davivienda S.A.

Las demás cláusulas y estipulaciones continúan vigentes. ----------

En constancia de lo anterior, se firma en Bogotá, ante dos testigos hábiles e idóneos a los 18 feb 2021

PROMETIENTE VENDEDORA

Sandra Acosta

SANDRA MILENA ACOSTA PARRA
C.C. 52.381.945 de Bogotá D.C.
Apoderada Especial de PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL SAS.

PROMETIENTES COMPRADORES

Gina paola calderón ostos

CALDERON OSTOS GINA PAOLA
C.C. 1030545205 de BOGOTA DC y/o representado por

La validez de este documento podrá verificarse en la página www.snrbotondepago.gov.co/certificado/

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE BOGOTA ZONA CENTRO

CERTIFICADO DE TRADICION MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 210504259542564288 **Nro Matrícula: 50C-1703755**

Pagina 1 TURNO: 2021-288601

Impreso el 4 de Mayo de 2021 a las 03:49:00 PM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

CIRCULO REGISTRAL: 50C - BOGOTA ZONA CENTRO DEPTO: BOGOTA D.C. MUNICIPIO: BOGOTA D. C. VEREDA: BOGOTA D. C.
FECHA APERTURA: 11-12-2007 RADICACIÓN: RES.589/2007 CON: RESOLUCION DE: 10-12-2007
CODIGO CATASTRAL: **AAA0185BZYX**COD CATASTRAL ANT: SIN INFORMACION
NUPRE:

ESTADO DEL FOLIO: **ACTIVO**

= = = =

Cuota Inicial:

Cuota Inicial	Valor en Letras: CINCUENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL QUINIENTOS DOCE PESOS M/CTE Valor en Números: $ 51,283,512.00

Recibidos a la fecha	Valor en Letras: VEINTICUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE Valor en Números: $ 24,800,000.00

Ahorros y cesantias

Entidad	Fecha	Valor
Fondo Nacional del ahorro – Carlos Lleras Restrepo	30/03/2021	$ 33,845,832

Subsidio

Entidad	Valor
Caja de Compensacion Familiar Compensar	$ 18,170,520.00

Financiación:

Valor Financiación	Valor en Letras: CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE Valor en Números: ($52,596,978)
Entidad Financiera	Banco Davivienda S.A.

Las demás cláusulas y estipulaciones continúan vigentes. ----------

En constancia de lo anterior, se firma en Bogotá, ante dos testigos hábiles e idóneos a los 18 feb 2021

PROMETIENTE VENDEDORA

Sandra Acosta

SANDRA MILENA ACOSTA PARRA
C.C. 52.381.945 de Bogotá D.C.
Apoderada Especial de PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL SAS.

PROMETIENTES COMPRADORES

Gina paola calderón ostos

CALDERON OSTOS GINA PAOLA
C.C. 1030545205 de BOGOTA DC y/o representado por

NOTARIA SESENTA Y OCHO DEL
CIRCULO NOTARIAL DE BOGOTÁ, D.C.

DILIGENCIA DE PRESENTACION PERSONAL
Y RECONOCIMIENTO

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

El Notario hace constar que el escrito que antecede fue presentado personalmente por

CALDERON OSTOS GINA PAOLA

Identificado con **C.C. 1030545205**

y declara que su contenido es cierto y que es suya la firma puesta en el en constancia firma. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil

Notaria 68 Circulo de Bogotá



4561-85abb6f6

Siendo el día 2021-06-09 13:51:14

X Gina Paola Calderon Os

FIRMA

Verifique estos datos ingresando a www.notariaenlinea.com

89160

JORGE HERNANDO RICO GRILLO
NOTARIO 68 DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.

JORGE HERNANDO RICO GRILLO
Notario Sesenta y Ocho
Notaría 68 de Bogotá D.C.

La validez de este documento podrá verificarse en la página www.snrbotandepago.gov.co/certificado/

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE BOGOTA ZONA CENTRO

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 210504259542564288 **Nro Matrícula: 50C-1703755**

Impreso el 4 de Mayo de 2021 a las 03:49:00 PM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

A: ROMERO MORENO ARQUIMEDES OCTAVIO **CC# 2859410** **X**

ANOTACION: Nro 007 Fecha: 07-06-2012 Radicación: 2012-52703

Doc: OFICIO 1083 del 29-05-2012 JUZGADO 17 CIVIL DEL CTO de BOGOTA VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: DEMANDA EN PROCESO ORDINARIO: 0468 DEMANDA EN PROCESO ORDINARIO RAD.2010-663

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: M & A. CONSULTORES S. EN C. GRUPO INMOBILIARIO Y CONTRUCTOR VALOR S.A.

A: ROMERO MORENO ARQUIMEDES OCTAVIO **CC# 2859410** **X**

ANOTACION: * ESTA ANOTACION NO TIENE VALIDEZ *** Nro 008** Fecha: 12-12-2012 Radicación: 2012-114132

Doc: OFICIO JR-7931 del 21-11-2012 CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA SALA ADMINISTRATIVA de BOGOTA D. C.

VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: EMBARGO POR JURISDICCION COACTIVA: 0444 EMBARGO POR JURISDICCION COACTIVA ART 837, 838 839-1 ESTATUTO TRIBUTARIO

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA SALA ADMINISTRATIVA

A: ROMERO MORENO ARQUIMEDES OCTAVIO **CC# 2859410**

ANOTACION: Nro 009 Fecha: 08-05-2015 Radicación: 2015-38479

Doc: OFICIO 945 del 20-03-2015 JUZGADO 013 CIVIL DE CIRCUITO DE BOGOTA D.C. de BOGOTA D. C.

VALOR ACTO: $

Se cancela anotación No: 6

ESPECIFICACION: CANCELACION PROVIDENCIA JUDICIAL: 0841 CANCELACION PROVIDENCIA JUDICIAL DEMANDA 2010-357

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: INVERSION Y DESARROLLO BARRANCO S.A. **NIT# 8301335873**

A: ROMERO MORENO ARQUIMEDES OCTAVIO **CC# 2859410**

ANOTACION: Nro 010 Fecha: 08-05-2015 Radicación: 2015-38479

Doc: OFICIO 945 del 20-03-2015 JUZGADO 013 CIVIL DE CIRCUITO DE BOGOTA D.C. de BOGOTA D. C.

VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: EMBARGO POR JURISDICCION COACTIVA: 0444 EMBARGO POR JURISDICCION COACTIVA COMUNICACION 2014EE23213

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: SECRETARIA DISTRITAL DE HACIENDA

A: ROMERO MORENO ARQUIMEDES OCTAVIO **CC# 2859410**

ANOTACION: Nro 011 Fecha: 06-07-2015 Radicación: 2015-56714

La validez de este documento podrá verificarse en la página www.snrtudepago.gov.co/certificado/

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE BOGOTA ZONA CENTRO

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 210504259542564288 **Nro Matrícula: 50C-1703755**

Impreso el 4 de Mayo de 2021 a las 03:49:00 PM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

A: ROMERO MORENO ARQUIMEDES OCTAVIO **CC# 2859410**

ANOTACION: Nro 015 Fecha: 24-03-2017 Radicación: 2017-23174

Doc: ESCRITURA 901 del 28-02-2017 NOTARIA NOVENA de BOGOTA D. C. VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: COMPRAVENTA DERECHOS Y ACCIONES: 0607 COMPRAVENTA DERECHOS Y ACCIONES DE LA SUCESION DE ARQUIMIDES OCTAVIO ROMERO MORENO DE LOS DERECHOS Y ACCIONES QUE LE PUEDAN CORRESPONDER A LOS HEREDEROS

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: ROMERO QUIGUA OSWALDO ARQUIMIDES CC# 19160100

DE: ROMERO QUIGUA SANDRA ESPERANZA CC# 41777237

DE: ROMERO URIAN AMAURY OCTAVIO CC# 80424745

DE: ROMERO VALERO ANDREA JACQUELINE CC# 51760933

DE: ROMERO VALERO CARLOS HERMOGENEES CC# 19368140

DE: ROMERO VALERO DIEGO NAPOLEON CC# 79773002

DE: ROMERO VALERO EDUARDO ALFONSO CC# 19395419

DE: ROMERO VALERO FLOR VICTORIA CC# 41674209

DE: ROMERO VALERO JOHN KENNEDY CC# 19437917

A: PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S **NIT# 9006260675**

ANOTACION: Nro 016 Fecha: 05-02-2019 Radicación: 2019-7853

Doc: ESCRITURA 7025 del 29-12-2018 NOTARIA NOVENA de BOGOTA D. C. VALOR ACTO: $1,498,905,000

ESPECIFICACION: ADJUDICACION EN SUCESION: 0109 ADJUDICACION EN SUCESION ADICION

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: ROMERO MORENO ARQUIMEDES OCTAVIO CC# 2859410

A: PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S **NIT# 9006260675 X**

ANOTACION: Nro 017 Fecha: 02-07-2019 Radicación: 2019-51184

Doc: ESCRITURA 2333 del 10-06-2019 NOTARIA TRECE de BOGOTA D. C. VALOR ACTO: $559,500,000

ESPECIFICACION: TRANSFERENCIA DE DOMINIO POR ADICION A FIDUCIA MERCANTIL: 0189 TRANSFERENCIA DE DOMINIO POR ADICION A FIDUCIA MERCANTIL

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S **NIT# 9006260675**

A: FIDUCIARIA BOGOTA S.A. VOCERA DEL PATRIMONIO AUTONOMO DENOMINADO FIDEICOMISO PARQUE CENTRAL TINTAL 3 FIDUBOGOTA

X NIT.830055897-7

ANOTACION: Nro 018 Fecha: 19-11-2019 Radicación: 2019-93507

Doc: ESCRITURA 4460 del 17-10-2019 NOTARIA TRECE de BOGOTA D.C. VALOR ACTO: $

La validez de este documento podrá verificarse en la página www.snrbotondepago.gov.co/certificado/

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE BOGOTA ZONA CENTRO

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 210504259542564288 **Nro Matrícula: 50C-1703755**

Impreso el 4 de Mayo de 2021 a las 03:49:00 PM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

= = = =

BOGOTA 09 JUNIO DE 2021

SEÑOR

OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS

GERENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE.

BOGOTA

Solicito por medio de la presente el retiro parcial de mis cesantías que para la fecha tengo un valor de un saldo en pesos de TREINTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON 00/100 M/CTE ($34.552.676), por motivo de compra de vivienda nueva. Dicho valor debe ser girado a:

TITULAR BENEFICIARIO: PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S

NIT No: 900.626.067-5

BANCO: DE BOGOTA

TIPO DE CUENTA: CORRIENTE No 049-230857

Agradezco la atención prestada

Atentamente

Gina Paola Calderon Ostos

Cc 1030545205

Cámara de Comercio de
Sede Virtual

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21

Recibo No. AA21687512

Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21687512I7C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S A S
Nit: 900.626.067-5 Administración : Direccion Seccional De Impuestos De Bogota
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 02331378
Fecha de matrícula: 14 de junio de 2013
Último año renovado: 2021
Fecha de renovación: 31 de marzo de 2021
Grupo NIIF: Grupo I. NIIF Plenas

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cl 75A 66 46 Of 521 To Empresarial Cc Metropolis 75A
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: promotorasenderosdeltintalsas@gmail.com
Teléfono comercial 1: 3257171
Teléfono comercial 2: 3257171
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cl 75A 66 46 Of 521 To Empresarial Cc Metropolis 75A
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico para notificación: promotorasenderosdeltintalsas@gmail.com
Teléfono para notificación 1: 3257171
Teléfono para notificación 2: 3257171
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo

Signature Not Verified
Constanza

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21
Recibo No. AA21887512
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2188751217C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por Documento Privado No. sin num del 28 de mayo de 2013 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 14 de junio de 2013, con el No. 01739272 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S A S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

En desarrollo de su objeto la sociedad podrá efectuar la construcción de toda clase de obras sobre bienes inmuebles para vivienda, construcción de obras civiles, urbanizar terrenos, celebrar y efectuar en su propio nombre o por cuenta de terceros todos los actos, contratos y operaciones comerciales, industriales y financieras sobre bienes muebles e inmuebles que sean necesarios o convenientes para el logro de los fines que ella persigue o que puedan favorecer, desarrollar o contribuir al cabal desarrollo de su objeto social; podrá avalar obligaciones de terceros siempre que con ello reporte beneficio a la sociedad podrá adquirir y enajenar bienes muebles e inmuebles, pignorarlos, hipotecarlos, darlos en prenda, transformarlos, depositarios, arrendarlos, etc. Según el caso; podrá importar y exportar toda clase de bienes relacionados con su actividad, efectuando directamente o a través de quien considere conveniente todos los trámites legales de rigor; para tales efectos; podrá realizar toda clase de operaciones con títulos valores tales como girar, aceptar, endosar, descontar, protestar, dar en garantía, etc. Podrá dar y recibir en mutuo, con o sin intereses, con o sin garantía según conveniencia; podrá celebrar contratos de cuenta corriente, de ahorros, de crédito y en general contratos de todo tipo con entidades financieras y aseguradoras, podrá promover, asesorar,

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21
Recibo No. AA21887512
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2188751217C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por Documento Privado No. sin num del 28 de mayo de 2013 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 14 de junio de 2013, con el No. 01739272 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S A S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

En desarrollo de su objeto la sociedad podrá efectuar la construcción de toda clase de obras sobre bienes inmuebles para vivienda, construcción de obras civiles, urbanizar terrenos, celebrar y efectuar en su propio nombre o por cuenta de terceros todos los actos, contratos y operaciones comerciales, industriales y financieras sobre bienes muebles e inmuebles que sean necesarios o convenientes para el logro de los fines que ella persigue o que puedan favorecer, desarrollar o contribuir al cabal desarrollo de su objeto social; podrá avalar obligaciones de terceros siempre que con ello reporte beneficio a la sociedad podrá adquirir y enajenar bienes muebles e inmuebles, pignorarlos, hipotecarlos, darlos en prenda, transformarlos, depositarios, arrendarlos, etc. Según el caso; podrá importar y exportar toda clase de bienes relacionados con su actividad, efectuando directamente o a través de quien considere conveniente todos los trámites legales de rigor; para tales efectos; podrá realizar toda clase de operaciones con títulos valores tales como girar, aceptar, endosar, descontar, protestar, dar en garantía, etc. Podrá dar y recibir en mutuo, con o sin intereses, con o sin garantía según conveniencia; podrá celebrar contratos de cuenta corriente, de ahorros, de crédito y en general contratos de todo tipo con entidades financieras y aseguradoras, podrá promover, asesorar,

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21
Recibo No. AA21887512
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2188751217C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

participar, organizar, dirigir, financiar, etc., sociedades que tengan un objeto social similar o complementario del suyo o llevar con o sin ellas negocios que faciliten, complementen, fomenten etc., el desarrollo del objeto social; podrá transigir, desistir y recurrir decisiones arbitrales y de peritazgo de acuerdo con la ley en las cuestiones en que la sociedad tenga interés, en sus relaciones entre socios, entre la sociedad y los socios y respecto de terceros efectuando todos los actos a que por tal motivo haya lugar, podrá ejecutar cualquier actividad comercial o civil licita sin limitación alguna. Ninguna enunciación de las incluidas en la presente cláusula es limitativa, por lo tanto las no incluidas pueden llevarse a cabo válidamente mientras no contrarien el objeto social y por lo tanto sean necesarias o convenientes para su desarrollo.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	: $200.000.000,00
No. de acciones	: 200.000.000,00
Valor nominal	: $1,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	: $100.000.000,00
No. de acciones	: 100.000.000,00
Valor nominal	: $1,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	: $100.000.000,00
No. de acciones	: 100.000.000,00
Valor nominal	: $1,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La sociedad tendrá un Gerente quien será el encargado de la gestión de los negocios sociales y representarán a la Sociedad. Adicionalmente, la sociedad contará con uno o varios suplentes del gerente, quienes tendrán todas las funciones de representante legal,

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21
Recibo No. AA21887512
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2188751217C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por Documento Privado No. sin num del 28 de mayo de 2013 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 14 de junio de 2013, con el No. 01739272 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S A S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

En desarrollo de su objeto la sociedad podrá efectuar la construcción de toda clase de obras sobre bienes inmuebles para vivienda, construcción de obras civiles, urbanizar terrenos, celebrar y efectuar en su propio nombre o por cuenta de terceros todos los actos, contratos y operaciones comerciales, industriales y financieras sobre bienes muebles e inmuebles que sean necesarios o convenientes para el logro de los fines que ella persigue o que puedan favorecer, desarrollar o contribuir al cabal desarrollo de su objeto social; podrá avalar obligaciones de terceros siempre que con ello reporte beneficio a la sociedad podrá adquirir y enajenar bienes muebles e inmuebles, pignorarlos, hipotecarlos, darlos en prenda, transformarlos, depositarios, arrendarlos, etc. Según el caso; podrá importar y exportar toda clase de bienes relacionados con su actividad, efectuando directamente o a través de quien considere conveniente todos los trámites legales de rigor; para tales efectos; podrá realizar toda clase de operaciones con títulos valores tales como girar, aceptar, endosar, descontar, protestar, dar en garantía, etc. Podrá dar y recibir en mutuo, con o sin intereses, con o sin garantía según conveniencia; podrá celebrar contratos de cuenta corriente, de ahorros, de crédito y en general contratos de todo tipo con entidades financieras y aseguradoras, podrá promover, asesorar,

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21
Recibo No. AA21887512
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2188751217C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

en ausencia temporal, transitoria designados por la Asamblea de Accionistas. De igual forma la Sociedad contará con dos (2) Representantes Legales para Asuntos Judiciales, quienes representaran a la Sociedad única y exclusivamente en los asuntos para los cuales queda facultado.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Las atribuciones y facultades de los representantes legales son las siguientes: 1) Representar a la Sociedad Judicial y Extrajudicialmente ante los asociados, terceros y toda clase de autoridades judiciales y administrativas pudiendo nombrar mandatarios para que la representen cuando fuere el caso. 2) Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea de Accionistas. 3) Presentar a la Asamblea de Accionistas las cuentas, balances, inventarios e informes, proponiendo a la vez la distribución de utilidades. 4) Constituir apoderados judiciales o extrajudiciales que obrando a sus órdenes juzgue necesarios para representar a la Sociedad. 5) Celebrar operaciones bancarias. 6) Hacer toda clase de operaciones con títulos valores. 7) Transigir y comprometer los negocios sociales, siempre que se limiten a su giro ordinario. 8) Cuidar de la recaudación o inversión de los fondos de la empresa 9) Velar porque los empleados de la Sociedad cumplan estrictamente sus deberes. 10) Nombrar y remover a los empleados de la Sociedad, señalar las funciones que les correspondan y fijar su remuneración cuando no sea atribución directa de la Asamblea. 11) Celebrar todos los actos y contratos que requiera la compañía para el desarrollo de su objeto social y 12) Con autorización previa de la Asamblea General de accionistas, podrá avalar obligaciones de terceros, constituir a la sociedad como garante de obligaciones, contraer créditos, enajenar inmuebles de la sociedad, darlos en prenda, gravarlos o hipotecarios. A su vez los Representante Legales para Asuntos Judiciales tendrán las siguientes facultades: 1. Recibir toda clase de notificaciones de actuaciones, investigaciones y demandas presentadas o iniciadas contra las Sociedad en cualquier clase de actuación o proceso judicial, extrajudicial o administrativo. 2. Representar a la Sociedad en toda clase de procesos judiciales, extrajudiciales o arbitrales, en los que la Sociedad haga parte como demandada, demandante o tercero. Para este efecto el Representante estará plenamente facultado para recibir, desistir, transigir, y conciliar. 3. Absolver, en nombre y representación de las Sociedad, toda clase de interrogatorios de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21

Recibo No. AA21887512

Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21887512 17C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

parte, judiciales o extrajudiciales y/o práctica de pruebas, que se formulen a las Sociedad. 4. Representar a la Sociedad en toda clase de actuaciones e investigaciones administrativas iniciadas por o en contra de la Sociedad, ante cualquier autoridad administrativa o judicial 5. Transigir o conciliar toda clase de litigios o diferencias que ocurran respecto de derechos y obligaciones de las Sociedad, llevar a cabo transacciones o conciliaciones, judiciales o extrajudiciales ante cualquier autoridad judicial o administrativa. 6. Iniciar y llevar a cabo, en nombre de la Sociedad, ante cualquier autoridad judicial o administrativa, toda clase de solicitudes, peticiones o trámites con facultad para interponer cualquier recurso en nombre de la Sociedad. 7. Otorgar, en nombre y representación de la Sociedad, poderes especiales a los abogados que habrán de llevar procesos judiciales y personería de las Sociedad en toda clase de demandante o demandada. Para este efecto el Representante podrá conferir a los apoderados especiales las facultades de recibir, desistir, transigir, conciliar y sustituir y podrá revocar en cualquier momento los poderes especiales otorgados. En ningún momento tendrá representación para efectos corporativos o de funcionamiento interno de la compañía.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Mediante Documento Privado No. sin num del 28 de mayo de 2013, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 14 de junio de 2013 con el No. 01739272 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Suplente Del Gerente	Parra Gomez Gonzalo	C.C. No. 0000000079149494

Mediante Acta No. 003 del 28 de abril de 2016, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 6 de mayo de 2016 con el No. 02101475 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21
Recibo No. AA21887512
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2188751217C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Gerente	Gonzalez Arellano Francisco Jose	C.C. No. 000000019252668

Mediante Acta No. 001 del 3 de febrero de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 4 de marzo de 2020 con el No. 02560189 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal Para Asuntos Judiciales	Ponton Martinez Angela	C.C. No. 000000052699979
Representante Legal Para Asuntos Judiciales	Avendaño Brijaldo Vilma Doris	C.C. No. 000000046683317

REVISORES FISCALES

Mediante Acta No. 005 del 27 de junio de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 23 de julio de 2019 con el No. 02488864 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Segura Alape Alexandra	C.C. No. 000001024468963 T.P. No. 246008-T
Revisor Fiscal Suplente	Paez Cantor Diana Lucia	C.C. No. 000000052468695 T.P. No. 241325-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
Acta No. 001 del 3 de febrero de	02560188 del 4 de marzo de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21
Recibo No. AA21887512
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2188751217C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

2020 de la Asamblea de Accionistas 2020 del Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 4111
Actividad secundaria Código CIIU: 6494
Otras actividades Código CIIU: 6810

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Pequeña

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 1.779.864.852
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 4111

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21
Recibo No. AA21887512
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2188751217C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Gerente	Gonzalez Arellano Francisco Jose	C.C. No. 000000019252668

Mediante Acta No. 001 del 3 de febrero de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 4 de marzo de 2020 con el No. 02560189 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal Para Asuntos Judiciales	Ponton Martinez Angela	C.C. No. 000000052699979
Representante Legal Para Asuntos Judiciales	Avendaño Brijaldo Vilma Doris	C.C. No. 000000046683317

REVISORES FISCALES

Mediante Acta No. 005 del 27 de junio de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 23 de julio de 2019 con el No. 02488864 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Segura Alape Alexandra	C.C. No. 000001024468963 T.P. No. 246008-T
Revisor Fiscal Suplente	Paez Cantor Diana Lucia	C.C. No. 000000052468695 T.P. No. 241325-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
Acta No. 001 del 3 de febrero de	02560188 del 4 de marzo de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21
Recibo No. AA21887512
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2188751217C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación Distrital son informativos:

Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección Distrital de Impuestos, fecha de inscripción : 22 de diciembre de 2016.
Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 14 de mayo de 2021.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

****
Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.
****
****
****
****
****
****
****
****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 15:08:21
Recibo No. AA21887512
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2188751217C5A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.252.668
GONZALEZ AREIANO
APELLIDOS
FRANCISCO JOSE
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1954
LONDRES
INGLATERRA
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-DIC-1975 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00211522-M-0019252668-20100129 0020428574G 2 5190015127

PODER ESPECIAL

El suscrito **FRANCISCO JOSE GONZALEZ ARELLANO**, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 19.252.668, quien actúa en calidad de Representante Legal de **PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S.**, sociedad legalmente constituida mediante Documento Privado de Asamblea de Accionistas del veintiocho (28) de mayo de dos mil trece (2.013), debidamente inscrita el catorce (14) de junio de dos mil trece (2.013) bajo el Número 01739272 del Libro IX, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con NIT. No. 900.626.067-5, en calidad de FIDEICOMITENTE DESARROLLADOR del FIDEICOMISO DENOMINADO PARQUE CENTRAL TINTAL 3 – FIDUBOGOTA, manifiesto que otorgo poder especial amplio y suficiente a **SANDRA MILENA ACOSTA PARRA** identificada con cedula de ciudadanía número 52.381.945 de Bogotá D.C., para que en nombre y representación de la sociedad PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S, en la calidad anotada, suscriba las promesas de compraventa, otrosí, cesiones y demás documentos relacionados con las negociaciones de las unidades de vivienda resultantes en el proyecto denominado CONJUNTO RESIDENCIAL PARQUE CENTRAL TINTAL 3 – P.H., el cual se desarrolla sobre los predios identificados con Folio de Matrícula Inmobiliaria No. 50C-1703751, 50C-1703752, 50C-1703753, 50C-1703754, 50C-1703761, 50C-1703762, 50C-1703763, 50C-1703764 y 50C-1703765 y los aquellos que sean adicionados, los cuales serán objeto de englobe.

Este poder se otorga por el término que conlleve el proceso de firma de promesas de compraventa y demás documentos requeridos, relativos a la negociación de las unidades de vivienda resultantes en el proyecto inmobiliario CONJUNTO RESIDENCIAL PARQUE CENTRAL TINTAL 3 P.H.

Otorgo,

FRANCISCO JOSE GONZALEZ ARELLANO
Representante Legal
PROMOTORA SENDEROS DEL TINTAL S.A.S

Acepto

SANDRA MILENA ACOSTA PARRA
C/C. 52.381.945 de Bogotá D.C.

repositorio

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO

NOTARIA TRECE 13

El anterior memorial dirigido a:
Interesado
Fue presentado personalmente por:
FRANCISCO JOSE GONZALEZ ARELLANO
Quien se identificó con: C.C. 19252669 expedida en BOGOTA D.C

Y declaró que el contenido de este documento es cierto y que la firma y huella que lo autorizan fueron puestas por él (ella). En constancia se firma y se imprime Huella Dactilar
Bogotá D.C. 13/03/2018 11:48:35 a.m.

Huella Dactilar

LUZ AMANDA GARAVITO RODRIGUEZ
NOTARIA 13 DE BOGOTA ENCARGADA

P2YAY1OHI6NZMNAY1

www.notariaenlinea.com

zbaxasv2zqpqapz2

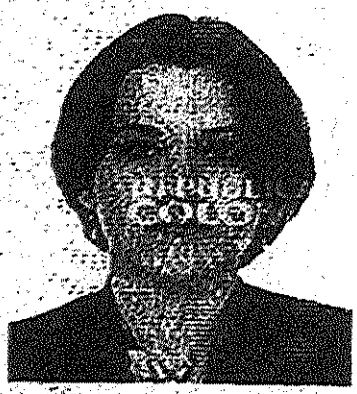
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

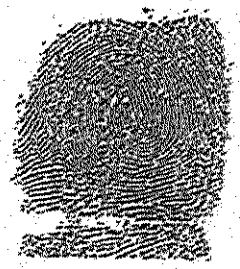
NÚMERO **52.381.945**

ACOSTA PARRA
APELLIDOS

SANDRA MILENA
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-SEP-1977**

EL COLEGIO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**B-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00956220-F-0052381945-20171120 0058533502A 2 9902229324

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

COMUNICACIÓN INTERNA

SCX – Nº 0002- 2013

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
AREA GESTION HUMANA
21 ENE 2014
Hora:
Recibido Por: Milena
Radicado Nº 3983

Bogotá, D.C. 20 de Enero de 2014

Doctor
WILSON DARIO BUSTOS GUARIN
Subgerente Prestación de Servicios de Salud
Hospital Occidente de Kennedy

Respetado doctor Bustos:

Para su conocimiento y fines pertinentes le informo que la funcionaria Gina Paola Calderón - Instrumentadora se le autorizó los compensatorios, Cambios de Turno del 21 de enero al 31 de enero de 2014, anexo la secuencia correspondiente.

Cordialmente,

LUZ MYRIAM LOPEZ HERRERA
Profesional Especializado
Coordinadora Salas de Cirugía

Copia: - Archivo -Gestión Humana- Carmen Contreras-Instrumentadora

Revisó y Aprobó: Luz Myriam López Herrera- Profesional Especializado- Coordinadora Salas de Cirugía
Elaboró: Gloria Bonilla- Secretaria – Coordinación Salas de Cirugía.

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
Central de Correspondencia
Fecha: 20 Enero 2014
Nº Radicación: 271
Página

Código: 05-801 07-41-V3 Fecha de emisión: 16-02-12

BOGOTA
HUC/ANA

Bogota D.C 13 de Diciembre 2013

Licenciada
Miryam Lopez
Coordinadora de salas de cirugía.

Asunto: Devolucion de turnos de mis compañeras
Solicitar cambios de turnos.
Compensatorios de navidad
Dia del distito

Cordial saludo, por medio de la presente de manera atenta solicito a usted la autorización de los siguientes turnos que seran realizados por mis compañeras de la siguiente manera:

OK

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
COORDINACIÓN SALAS DE CIRUGÍA
FECHA: Dic 16- 2013
HORA: 11:50 am
RECIBIDO POR:

Pasar copia al Dr Bustos
ver ok?

Bety Londoño : Devolución de tiempo de horas.
Beatriz Londoño me realizara los dias
22-01-14 y 28-01-14

Bety Santos : Cambio de turno; que realizare el dia
Beatriz Elena Santos 27-12-13 y 02-01-14 por los dias
23-01-14 y 24-01-14.

Zulma Gonzalez : Devolución de tiempo; yo realice el dia 27-10-11 la cual devolvera el dia 27-01-14.

Edith Sabogal : Devolución de tiempo; yo realice el dia 07-01-13 la cual devolvera el dia 26-01-14.

Marcela Martinez : Devolución de tiempo; yo realice el
Adriana Martinez dia 06-01-13 la cual devolvera el dia 02-02-14

HOK : Compensatorios de navidad pido el dia
29-01-14 y 30-01-14
Dia del distrito pido el dia 31-01-14

Mi Lista de Turnos

Mes

ENERO

L	M	Mr	J	V	S	D
		01	T 02	T 03	04	05
06	C 07	T 08	T 09	T 10	C 11	12
T 13	T 14	T 15	T 16	T 17	18	Dia Extra 19
T 20	C 21	DT Bety Londoño 22	CT Bety Santos 23	CT Bety Santos 24	25	DT Edith Sabogal 26
DT Zulma Gonzalez 27	DT Bety Londoño 28	HOK Compent Navidad 29	HOK Compent Navidad 30	HOK Dia Distrito 31	01	DT Marcela Martinez 02

FEBRERO

Agradezco la atención prestada a la presente.

Cordialmente.

Gina Paola Calderón Ostos.
Instrumentadora Quirurgica.
cc 1030545205 Bta

Carmen Contreras.
Coordinadora Instrumentadoras.

5

Bogotá D.C 20 de Enero 2014

Licenciada
Miryam Lopez
Coordnadora de Salas de cirugia.

Asunto: Devolucion de turnos de mis compañeras
Solicitar cambios de turnos.
Compensatorios de navidad
Dia del distrito

Le solicito su autorizacion para ausentarme del dia 21 de Enero 2014 al 31 de Enero 2014 por devolucion de tiempo de turnos realizados anteriormente y compensatorios de navidad, distito.
Anexo el listado de las personas que me cubriran en estas fechas, por motivos personales.

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
COORDINACIÓN SALAS DE CIRUGÍA
FECHA: Enero 20-2014
HORA: 10:00 am
RECIBIDO POR: Gloria BC

V°B autorizado

Coordialmente
Gina Paola Calderon Ostos.
1030545205 Bta'
Instrumentadora Quirurgica.

Copia al Dr Rocos
cc Gestion Humana.

Copia a.
Carmen Contreras.

Bety, londoño : Devolución de tiempo de horas. me realizara los dias.
22-01-14 y 28-01-14

Bety Santos : Cambio de turno ; que realizare el dia.
27-12-13 y 02-01-14 por los dias
23-01-14 y 24-01 14.

Zulma Gonzales: Devolución de tiempo; yo realice el dia 27-10-11 la cual devolvera el dia 27-01-14.

Edith Sabogal: Devolución de tiempo; yo realice el dia 07-01-13 la cual devolvera el dia 26-01-14

Lady Guevara: Cambio de turno ; que realizare el dia 28-12-13 por el dia 21-01-14

HOK: Compensatorias de navidad pido el dia.
29-01-14 y 30-01-14
Dia del distrito pido el dia 31-01-14

L	M	MI	J	V	S	D
		Festivo 01	02	03	04	05
Festivo 06	07	08	09	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	CT Lady Vergara 21	DT Bety londoño 22	CT Bety Santos 23	CT Bety Santos 24	25	DT Edith Sabogal 26
DT Zulma Gonzales 27	DT Bety londoño 28	HOK Compens Navidad 29	HOK Compens Navidad 30	HOK Dia Distrito 31		

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	COMUNICACIÓN INTERNA	

GTH 3296-2014

DE: **DR: JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ**
GERENTE

PARA: **GINA CALDERON OSTOS**
Coordinadora Grupo de Instrumentación Quirúrgica

FECHA: **Noviembre 24 de 2014**

ASUNTO: **RESPUESTA SU SOLICITUD**
LIQUIDACION DE COMPENSATORIOS AÑO 2014

De conformidad con el escrito mediante el cual solicita la liquidación de compensatorios del primero (01) de enero hasta el treinta y uno (31) de octubre de dos mil catorce (2014), me permito comunicar a Usted que de acuerdo a la Ley 1437 de 2011 Artículo 14, esta administración prorrogará el término de respuesta a su solicitud en virtud del estudio administrativo que viene adelantando esta Entidad Hospitalaria.

Por lo tanto su respuesta se entregará dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al vencimiento de su Solicitud radicado el pasado dieciocho (18) de noviembre de dos mil catorce (2014).

Agradezco su atención y colaboración

Cordialmente,

J. E Oviedo H

JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ
Gerente

Recibido
28-11-14
12:00 PM

Aprobó: Dr. Rodrigo José Gómez Ocampo / Subgerente Administrativo
Reviso: Ing. Víctor Raúl Venegas Anzola / Profesional del Proceso Gestión Humana
Reviso: Diego Naranjo Duran / Abogado - Subgerencia Administrativa
Elaboro: Liliana Del Pilar Rodríguez L / Asistente Administrativo Gestión Humana

Transversal 74 F No 40 B 54 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Información: Línea 195

Bogotá noviembre 18 de 2014

INGENIERO

VICTOR RAÚL VENÉGAS

OFICINA DE TALENTO HUMANO

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY

10 NOV 2014

8087

Cordial saludo:

La presente con el fin de solicitar sean contabilizados los compensatorios causados por dominicales y festivos laborados por el grupo de Instrumentadoras Quirurgicas, desde el 1 de enero del 2014 hasta el 31 de octubre de 2014, esto con el fin de hacer llegar a nuestra jefe inmediata MYRIAM LOPEZ, el número de días a los que tenemos derecho a disfrutar ya que los solicita por escrito emanados de la oficina de talento humano para hacer efectivo el correspondiente descanso compensado.

Sin otro particular y agradeciendo su valiosa colaboración.

Gina Paola Calderón Ostos

GINA CALDERON OSTOS

Coordinadora Grupo de Instrumentación Quirúrgica

Hospital Occidente Kennedy

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
Central de Correspondencia
Fecha: 18-11-14
Nº Radicado: 9132
Recibido Por: acivilc

Copia Coordinadora salas de cirugía, archivo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Occidente de Kennedy

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	COMUNICACIÓN EXTERNA	

Bogotá D.C., 28 de Abril de 2014
GTH 899 -2014

Gina Paola Calderón
1030545205 Bta
19-05-14-

Señor(a):
GINA PAOLA CALDERON OSTOS
TECNICO DEL AREA DE LA SALUD

ASUNTO: SU SOLICITUD COMPENSATORIOS
RESPUESTA DERECHO DE PETICION

Respetado (a) señor(a)

En atención al asunto atentamente me permito remitir respuesta en los siguientes términos:

De conformidad con su solicitud realizada el Dos (02) de Abril de Dos Mil Catorce (2014) y radicada en el Área de Gestión Humana el Tres (03) de Abril de Dos Mil Catorce (2014), me permito informarle que al revisar de su hoja de vida y las planillas de programación de turnos y recargos del Área de Instrumentación y verificados los antecedentes es procedente liquidar los compensatorios causados en el periodo comprendido entre el Primero (01) de Marzo de Dos Mil Doce (2012) al Treinta y Uno (31) de Diciembre de Dos Mil Trece (2013) por labores realizadas en dominicales y festivos en la modalidad de turnos programados. En consecuencia, al revisar planilla de turnos y recargos que reposan en el Área de Gestión Humana, se pudo establecer que Usted se desempeña en el cargo de Técnico del Área de la Salud, en los turnos establecidos de acuerdo a la necesidad del Área de Instrumentación, igualmente en dominicales y festivos de acuerdo a previa programación, en coordinación con su jefe directo.

Los compensatorios causados en el periodo a liquidar dieron un total de Treinta y Tres (33) días. (Se allegan anexos)

Por lo anterior este despacho le informa que se le reconoce la causación de Treinta y Tres (33) días por concepto de compensatorios con ocasión de los dominicales y festivos laborados durante el periodo comprendido entre el Primero (01) de Marzo de Dos Mil Doce (2012) al Treinta y Uno (31) de Diciembre de Dos Mil Trece (2013), por tanto se ordena reconocer el disfrute en tiempo de los respectivos compensatorios, para tal efecto se corre traslado de esa respuesta a su Superior Jerárquico para lo pertinente.

FUNDAMENTOS DE DERECHO:

1. Artículo 39 del Decreto 1042 de 1978: Dispone que aquellos funcionarios que laboren habitualmente un dominical o festivo por el sistema de turnos, tendrá derecho a un día de descanso compensatorio. De igual manera indica que no se debe liquidar los compensatorios dominicales o festivos trabajados en horas sino en días.

   Es legal, otorgar el día sábado como compensatorio, ya que por esta disposición, este día es laborable, según el decreto 1042 de 1978, ratificado por el concepto OAJ 1162 de trece (13) de junio de 2007, expedido por el Departamento Administrativo Civil, que dispone:

   "..... Dentro del límite en este artículo, el jefe del respectivo organismo podrá establecer el horario de trabajo y compensar la jornada del sábado con tiempo diario adicional de labor, sin que en ningún caso dicho tiempo compensatorio constituya trabajo suplementario o de horas extras...."

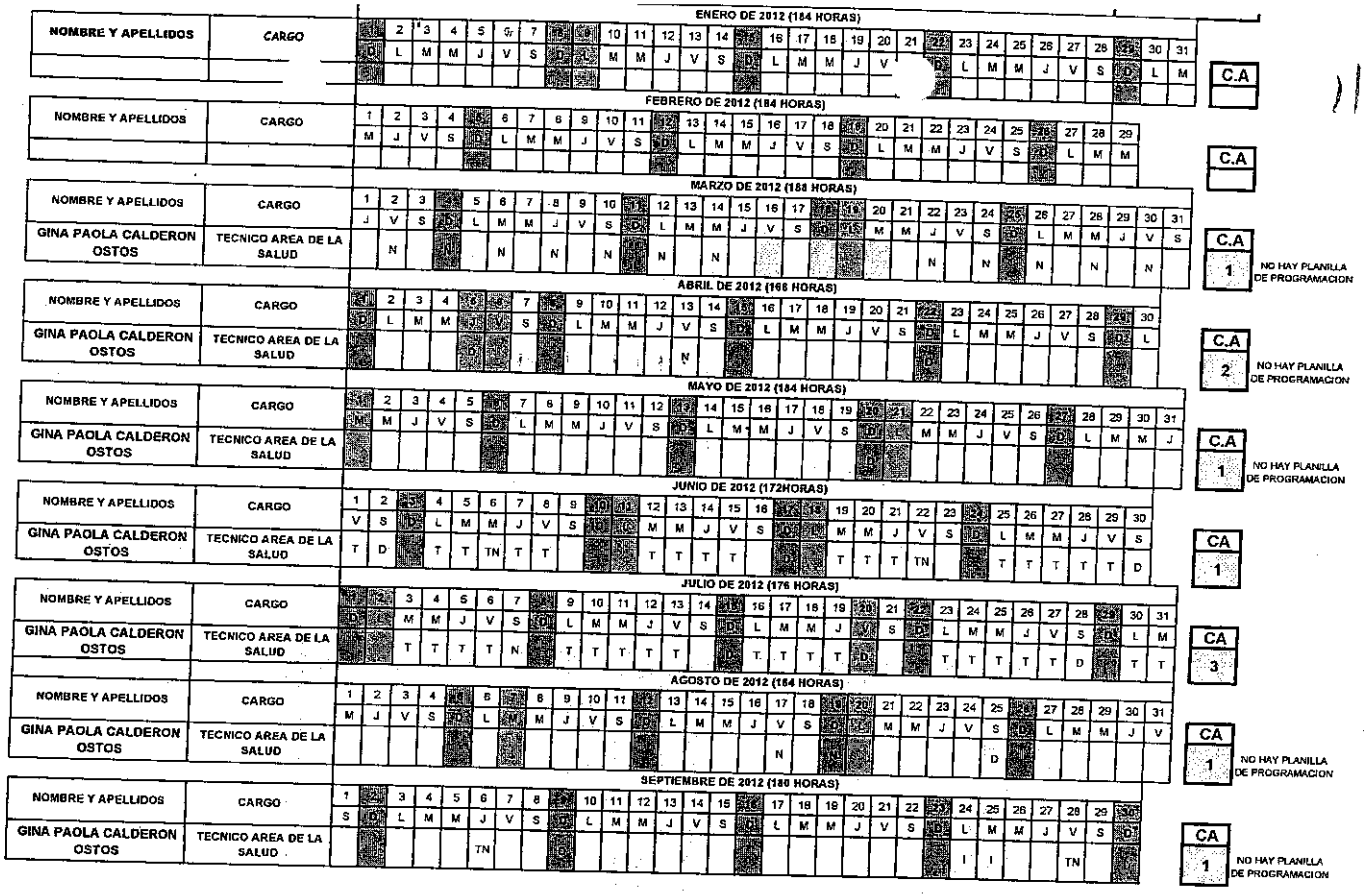
2. Artículo 41 del decreto 3135 de 1968, dispone: *... las acciones que emanen de los derechos consagrados en este decreto prescribirán en tres años, contados desde que la respectiva obligación se haya hecho exigible.*

   El simple reclamos escrito del empleado o trabajador ante la autoridad competente, sobre un derecho o prestación debidamente determinado, interrumpe la prescripción, pero solo un lapso igual.

Contra la presente comunicación procede el recurso de reposición que se deberá interponer ante esta Gerencia dentro de los Cinco (05) días siguientes al de su notificación.

Cordialmente,

JUAN ERNESTO OVIEDO HERNÁNDEZ
Gerente
Aprobó: Dr. Rodrigo José Gómez Ocampo / Subgerente Administrativo
Reviso: Ing. Víctor Raúl Venegas Anzola / Profesional del Proceso Gestión Humana
Reviso: Diego Naranjo Duran / Abogado - Subgerencia Administrativa
Elaboro: Liliana Del Pilar Rodríguez L. / Asistente Administrativo Gestión Humana
Anexo 2 Folios
C.C. Archivo
c.c Jefe Directo.



NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO		
		ENERO DE 2012 (184 HORAS)	C.A
		FEBRERO DE 2012 (184 HORAS)	C.A
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	MARZO DE 2012 (184 HORAS)	C.A 1 NO HAY PLANILLA DE PROGRAMACION
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	ABRIL DE 2012 (166 HORAS)	C.A 2 NO HAY PLANILLA DE PROGRAMACION
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	MAYO DE 2012 (184 HORAS)	C.A 1 NO HAY PLANILLA DE PROGRAMACION
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	JUNIO DE 2012 (172HORAS)	CA 1
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	JULIO DE 2012 (176 HORAS)	CA 3
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	AGOSTO DE 2012 (184 HORAS)	CA 1 NO HAY PLANILLA DE PROGRAMACION
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	SEPTIEMBRE DE 2012 (180 HORAS)	CA 1 NO HAY PLANILLA DE PROGRAMACION

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PLANILLA DE TURNOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO		
		OCTUBRE DE 2012 (192 HORAS)	CA 1 NO HAY PLANILLA DE RECARGOS
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	NOVIEMBRE DE 2012 (176HORAS)	CA 2 NO HAY PLANILLA DE RECARGOS
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	DICIEMBRE DE 2012 (178 HORAS)	CA 2

TOTAL AÑO 2012		15

15

PLANILLA DE TURNOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	C.A 2

ENERO DE 2013 (184 HORAS)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J
D	C	C	C		D	T	T	T	T	D		T	T	T	T	T			T	T	I	J		T	T	T	T			

FEBRERO DE 2013 (176 HORAS)

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	C.A 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J
T			T	T	T	T	T	D		T	T	TN	T	T			T	T	T	TN	T		D	T	T	T	T

MARZO DE 2013 (184 HORAS)

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	C.A 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
T	D		T	I	I	T	T			T	T	TN	D	T			T	T	T	T	T	D		D	T	T		D		

ABRIL DE 2013 (192 HORAS)

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	C.A 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M
D	T	T	T	T	D		TN	T	T	T	TN			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T		D	T	T

MAYO DE 2013 (184 HORAS)

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	C.A 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V
	T	T	N		VACACIONES																					T	T	T	D	

JUNIO DE 2013 (184 HORAS)

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	CA 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
		D	T	N	T	T	D			T	D	TN	T	N		I	I	T	T	T		D	T	T	T	D		D	

JULIO DE 2013 (188 HORAS)

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	CA 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
D	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M
D	T	T	T	T			N	T	T	T	T			D	T	T	D	D			M	T	T	T	T	D		T	T	T

AGOSTO DE 2013 (180 HORAS)

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	CA 3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
T	D		D	T	T	D	D	T			T	TN	T	D	T			CT	T	PC	T	PC	D		T	T	T	T	T	

SEPTIEMBRE DE 2013 (184 HORAS)

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	CA 0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
D	T	T	T	dt		D	T	T	TN	T	T			T	T	T	T	dt	CT		CT	I	I	D	T			T	

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PLANILLA DE TURNOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	CA 0

OCTUBRE DE 2013 (192 HORAS)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J
T	T	T	CT		D	D	T	PER	T	M			T	T	D	T	D			I	H	T	T	T		D	M	T	T	T

NOVIEMBRE DE 2013 (172 HORAS)

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	CA 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
V	S	D	D	M	M	J	V	S	D	D	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
T				T	T	D	T				T	T	I	I			T	T	D	T				T	T	D	CT	M		

DICIEMBRE DE 2013 (184 HORAS)

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA DE LA SALUD	CA 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M
D	T	T	T	T	T			T	T	T	D	T	D		T	D	T	T	T			T	T		T	T		D	T	T

NO HAY PLANILLA DE RECARGOD

Aprobo: Dr. Rodrigo Jose Gomez Ocampo / Subgerente Administrativo

Reviso: Ing. Victor Raúl Venegas Anzola Coordinador Operacional del Proceso Gestión Humana

Reviso: Diego Naranjo Duran / Abogado Subgerencia Administrativa

Elaboro: Lilliana Del Pilar Rodriguez / Asistente Administrativo Gestión Humana

TOTAL AÑO 2013		18

Novedades	Convencion
Permiso	P
Vacaciones	V
Licencia	L
Compensatorio Domingo y/o Festivo	C
Incapacidad	I
Otro	O
Ausencia	A
Compensatorio por Resolucion	CR
Cambio de Turno	CT
Turno	T
Compensatorio por Gestion	CG

TOTAL COMPENSATORIOS PERIODO DEL 01/03/12 A 31/12/13	33

NOTA: LA CONVENCION DE (T) REPRESENTA QUE ESTUVO DE TURNO EL FUNCIONARIO INDEPENDIENTE DE LA JORNADA HORARIA QUE ALLA REALIZADO CUANDO NO REPOSAN EN EL AREA DE GESTION HUMANA LAS PLANILLAS DE RECARGOS

13

BOGOTÁ D.C. Abril 02 de 2014

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
AREA GESTION HUMANA
03 ABR 2014
11:12 AM
Hora:
Recibido Por:
Radicado Nº. 5177

Doctor

JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ

Gerente Hospital Occidente de Kennedy

E.S.D

REF: DERECHO DE PETICIÓN EN INTERES PARTICULAR ARTÍCULO. 23 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA CONCORDANTE CON EL ARTÍCULO 9 DEL C.C.A.

Yo GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS, Mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá, identificada como aparece al pie de mi firma, actuando como funcionaria del Hospital Occidente de Kennedy E.S.E III NIVEL, en el cargo de INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA, turno de la tarde, respetuosamente solicito a Usted se sirva ordenar la liquidación de mis compensatorios por trabajo laborado en dominicales y festivos en la modalidad de turnos previamente programados, correspondientes a los años 1012 y 2013, los cuales trabajé prestando un servicio público esencial. Dicho derecho lo tengo con relación a la igualdad con los demás funcionarios que tienen mi cargo y mis funciones, quienes también laboran en jornadas de turnos y son amparados en la norma decreto ley 1042 de 1978.

Cordialmente

Gina Paola Calderón Ostos

GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS

C.C. 1030545205 de Bogotá

Teléfono: 2736457 Móvil: 3123369447

Dirección: Transversal 78 i bis No 41-94 sur

Item 63
Octubre

20193200051943
18-10-19

124

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO AUSENTISMO**	Versión	1
		Fecha de aprobación	22/06/2017
		Código	04-02-FO-0007
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FECHA DE SOLICITUD:	Octubre 1--2019
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	Gina Paola Calderon Ostos
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030545205
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	Instrumentador Quirurgico
ÁREA Y/O DEPENDENCIA	Salas de Cx
TIEMPO DE PERMISO	6 horas.

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)

a) SALUD (Citas Medicas)	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMÉSTICA	FECHA	
	HORARIO	Permiso Acuerdo Laboral
	Anexe el soporte de la causa de la calamidad	
e) OTRO? CUAL?	FECHA	17-10-2019
Compensatorio dia Bogotá	HORARIO	7 am - 1 pm
	Anexe el soporte de la causa	

Gina Paola Calderón O
Firma del Funcionario

DSNC

Vo.Bo: Jefe Inmediato

NOMBRE: Angela Segura
CARGO: Líder Instrumentacion Cx

Vo. Bo Firma del Director

Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud

Vo. Bo Firma del Gerente

DESPRENDIBLE....PARA DIRECCIÓN DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	
ÁREA Y/O DEPENDENCIA	
TIEMPO DE PERMISO	

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)

a) SALUD	FECHA	
	HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL	FECHA	
	HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA	FECHA	
	HORARIO	
e) OTRO? CUAL?	FECHA	
	HORARIO	
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		

Recibi 22-10-19 SONIA CH 7185

Rad No. 2019-320-005194-3
Fecha: 2019-10-18 07:28 - Us 52773968
Remitente: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
Destino: JOHANNA PATRICIA RODRIGUEZ
Asunto: COMPENSATORIO DIA DE BOGOTA 17-10-19. GI
Folios: 1 Anexos: 1
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

Nidia
15 OCT 2019

Item 96 Feb

2020320001243

06-03-2020

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO AUSENTISMO**	Versión 1 Fecha de aprobación 22/06/2017 Código 04-02-FO-0007 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FECHA DE SOLICITUD:	Marzo 04-2020
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	GINA PAOLA CALDERON OSTOS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.030.545.205
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	INSTRUMENTADOR QUIRURGICO
ÁREA Y/O DEPENDENCIA	SALAS DE CIRUGÍA
TIEMPO DE PERMISO	124 Dias.

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)

a) SALUD (Citas Medicas)		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte de la cita médica o examen	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
		Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	CERO 365.
d) CALAMIDAD DOMÉSTICA		FECHA	
		HORARIO	Permiso Remunerado.
		Anexe el soporte de la causa de la calamidad	13 Folios.
e) OTRO? CUAL? Anexo Soportes LICENCIA DE MATERNIDAD		FECHA	28-02-2020 Hasta 02-07-2020
		HORARIO	7:am - 1 pm.
		Anexe el soporte de la causa	Anexo Incapacidad (14 folios)

Gina Paola Calderón Ostos Firma del Funcionario	Vo.Bo. Jefe Inmediato NOMBRE: CARGO:
Dunos Vo. Bo Firma del Director	Vo.Bo. Subgerente Corporativo o de Prestación de Servicios de Salud
Vo. Bo Firma del Gerente	

DESPRENDIBLE....PARA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	
ÁREA Y/O DEPENDENCIA	
TIEMPO DE PERMISO	

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)

a) SALUD		FECHA	
		HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL		FECHA	
		HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)		PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMÉSTICA		FECHA	
		HORARIO	
e) OTRO? CUAL?		FECHA	
		HORARIO	
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO			

04 MAR 2020
Nidia

Recibe 11-3-20 Sonia Cels 1342

Rad No. 2020-320-001297-3
Fecha: 2020-03-06 10:34 - Us 1073674702
Remitente: REMUNERACIÓN
Destino: JOHANNA PATRICIA RODRIGUEZ
Asunto: INCAPACIDAD - LICENCIA POR MATERNIDAD GI
Folios: 15 Anexos: 15
RECIBIDO. SUJETO A VERIFICACIÓN. NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

CLÍNICA DE LA MUJER
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: CALDERON OSTOS, GINA PAOLA, Identificado(a) con CC-1030545205			
Edad y Género: 31 Años, Femenino			
Regimen/Tipo Paciente: OTRO/AFILIADO		**Nombre de la Entidad:** COMPENSAR E.P.S.	
Servicio/Ubicación:	HOSPITALIZACION TORREA-3PISO/HOSPITALIZACION TORREA-3 PISO	**Habitación:** 304	**Identificador Único:** 7118717-4

Diagnóstico: Z762: CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS

INCAPACIDAD											
Causa:	Licencia de Maternidad					Duración:	126 día(s)		Prórroga:	No	
DESDE						HASTA					
Dia:	28	Mes:	2	Año:	2020	Dia:	2	Mes:	7	Año:	2020

Datos Clinicos:

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: FERNANDO LAVERDE VALENCIA, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, CC: 79443997, Reg: 79443997

Firmado Electrónicamente

17

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.030.545.205**

CALDERON OSTOS

APELLIDOS

GINA PAOLA

NOMBRES

Gina Paola Calderón Ostos

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-1988**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

09-MAY-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00942673-F-1030545205-20171004 0057778868A 2 9910144342

13

CLÍNICA DE LA MUJER
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

Apellidos:	CALDERON OSTOS				
Nombre:	GINA PAOLA				
Número de Id:	CC-1030545205				
Número de Ingreso:	7118717-4				
Sexo:	Femenino	**Edad Ing.:**	31 Años	**Edad Act.:**	31 Años
Ubicación:	HOSPITALIZACION TORREA-3 PISO			**Cama:**	304
Servicio:	HOSPITALIZACION TORREA-3PISO				
Responsable:	COMPENSAR E.P.S.				

Fecha Ingreso	DD	MM	AAAA	Hora Ingreso	07:03
	28	2	2020		

Fecha Egreso	DD	MM	AAAA	Hora Egreso	

EPICRISIS

HISTORIA DE INGRESO

UBICACIÓN: URGENCIAS GINECOOBSTETRICAS, SEDE: CLINICA DE LA MUJER S.A.S, FECHA: 28/02/2020 07:24

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA

Gest 37sem refiere desde las 10 pm no siento bebe

ENFERMEDAD ACTUAL

MEDICO TRATANTE: DR. FERNANDO LAVERDE

PACIENTE DE 31 AÑOS DE EDAD G2A1 CON EMBARAZO DE 36,6 SEMANAS POR FUR Y 38 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE SEMANA 12, CONSULTA POR REFERIR DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES DESDE LAS 10 PM DE LA NOCHE ANTERIOR.
NIEGA ACTIVIDAD UTERINA, NIEGA SANGRADO VAGINAL Y/O AMNIORREA, ASINTOMÁTICA PARA VASOESPASMO (CEFALEA, EPIGASTRALGIA, FOSFENOS, TINITUS), NIEGA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA FIEBRE, NIEGA SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

* TIENE PERFIL BIOFISICO DEL 25/02/2020: 10/10, ILA: 7,8 CM.
* ECOGRAFIA OBSTETRICA DEL 25/02/2020: FETO CEFÁLICO, PFE: 2531 GRS (P. 16), CON CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL EN P. 4 PARA LA EDAD GESTACIONAL, ILA: 8,8 CM, PLACENTA ANTERIOR Y LATERAL DERECHA GRADO II DE 31,5 MM DE ESPESOR.
* DOPPLER FETOPLACENTARIO DEL 25/02/2020: CON SUFICIENCIA PLACENTARIA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN.

* ECOGRAFÍA DEL 03/09/2019: EMBARAZO DE 12,4 SEMANAS: HOY 38 SEMANAS.
* 13/02/2020: EMBARAZO DE 35,1 SEMANAS: HOY 37,2 SEMANAS, PFE: 2317 GRS (P. 9,4), PERIMETRO ABDOMINAL < P. 3.
* 29/10/2019: EMBARAZO DE 19,2 SEMANAS: HOY 36,5 SEMANAS.

* LABORATORIOS DE CONTROL PRENATAL:
- 17/02/2020: VIH: NEGATIVO - SEROLOGIA: NEGATIVA - IGM TOXOPALSMA: NEGATIVA - HB: 14,8 - HTO: 44,2 - PLAQUETAS: 199.000 X MM3 - CULTIVO RECTOVAGINAL: NEGATIVO PARA S. AGALACTIAE, VAGINITIS POR CANDIDA.

- 20/02/2020: SEROLOGIA: NEGATIVA.

- 27/08/2019: HBSAG: NEGATIVO.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema Nervioso:NIEGA

Sistema CardioPulmonar:NIEGA

Sistema Gastrointestinal:NIEGA

Sistema GenitoUrinario:NIEGA

Sistema OsteoArticular:NIEGA

Organos de los Sentidos:NIEGA

Otros:LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL.

ANTECEDENTES

FAMILIARES

Familiares: HTA EN PADRES.

PERSONALES

Resultado de Cultivo de Streptococo: PENDIENTE ENTREGA DE REPORTE.

Embarazo Actual: DESACELERACION DE LA TASA DE CRECIMIENTO.

Patologicos: HIPOTIROIDISMO GESTACIONAL

Quirurgicos: MAMOPLASTIA DE AUMENTO - LASIK - TENORRAFIA DE BRAZO DERECHO.

Anestesicos: GENERAL SIN COMPLICACIONES.

Toxicos: NIEGA CONSUMO DE CIGARRILLO O ALCOHOL.

Hipertermia Maligna: NIEGA

Hospitalarios: NINGUNA

Traumaticos: NIEGA

Inmunizaciones: TETANOS, TOSFERINA E INFLUENZA.

Hemoclasificacion: O POSITIVO

Control Prenatal: DR. FERNANDO LAVERDE - G2A1 - FUM: 15/06/2019 - PLANIFICACIÓN: NIEGA - CICLOS: REGULARES.

Transfusionales: NIEGA

Alergicos: NO CONOCIDOS A MEDICAMENTOS

OTROS ANTECEDENTES

Medicamentos que consume: LEVOTIROXINA 50 MCG DIA. GESTAVIT.

Vida sexual activa: No

Grupo Sanguíneo y Rh: O Positivo

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Menarquia: 12 Años

Ciclos regulares: Si

Fecha última menstruación: 15/06/2019

Método de Planificación: Ninguno

Materna: Si Fecha probable de parto: 21/03/2020 Calculada

Edad Gestacional: 36.6 Semanas semanas Calculada

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

GESTAS	NÚMERO
Abortos	1
Ectópicos	--
Partos Vaginales Vértice Espontáneo	--
Partos Vaginales Vértice Intervenidos	--
Cesárea	--
TOTAL GESTAS:	2

NACIDOS		NÚMERO
NACIDOS VIVOS	Viven Aún	--
	Muertos entre 1 y 7 días	--
	Muertos entre 8 y 28 días	--
	Después de 28 días	--
NACIDOS MUERTOS	(No abortos ni ectópicos)	--
TOTAL NACIDOS:		--

Nro. de recién nacidos con peso menor de 2500 grs.	--
Peso del recién nacido de mayor peso en grs.	--
Fecha de Terminación del Embarazo Anterior	--

TIPO DE PARTO	NRO. PARTOS	TOTAL NACIDOS
Simples	--	--
Gemelar	--	--
Trillizos	--	--
Cuatrillizos	--	--
Más de 4 nacidos	--	--
TOTAL NACIDOS		0

EXÁMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Fecha-Hora: 28/02/2020 7:25

CLÍNICA DE LA MUJER
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

Apellidos:	CALDERON OSTOS				
Nombre:	GINA PAOLA				
Número de Id:	CC-1030545205				
Número de Ingreso:	7118717-4				
Sexo:	Femenino	**Edad Ing.:**	31 Años	**Edad Act.:**	31 Años
Ubicación:	HOSPITALIZACION TORREA-3 PISO			**Cama:**	304
Servicio:	HOSPITALIZACION TORREA-3PISO				
Responsable:	COMPENSAR E.P.S.				

20

Frecuencia Cardiaca: 88 Lat/Min
Frecuencia Respiratoria: 18 Resp/Min
Ventilacion Asistida: No
Temperatura: Afebril 35.9°C
Saturación de Oxigeno: 93%, Sin Oxígeno

Tipo de Respiración: Normal
Lugar de la Toma: Digital
FiO2: 21 %

CONDICIONES GENERALES

Fecha-Hora: 28/02/2020 7:25
Aspecto general: Bueno
Color de la piel: Normal
Estado de hidratación: Hidratado
Estado de conciencia: Alerta
Estado de dolor: Leve

Condición al llegar: Conciente
Orientado en tiempo: Si
Orientado en persona: Si
Orientado en espacio: Si
Posición corporal: Normal

Presión Arterial (mmHg):

FECHA - HORA	M/A	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	PA MEDIA	LUGAR DE TOMA	POSICIÓN	OTRA
28/02/2020 08:03	Manual	109	77	87	MIEMBRO SUPERIOR DERECHO	SENTADO	--

Pulso (Pul/min)

FECHA - HORA	VALOR	P/A	RITMO	LUGAR TOMA	INTENSIDAD
28/02/2020 08:03	88	Presente	Rítmico	--	+

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Fecha-Hora: 28/02/2020 7:25
Talla: 150cm
Peso: 65 Kg
Superficie Corporal: 1.65
Índice de Masa Corporal: 28.89

VALORACIÓN NEUROLÓGICA

FECHA-HORA	GLASGOW				DIÁMETRO PUPILAR (mm)		RESPONDE A LA LUZ	
	APERTURA OCULAR	RESPUESTA MOTORA	RESPUESTA VERBAL	TOTAL	OJO IZQ	OJO DER	OJO IZQ	OJO DER
28/02/2020 07:25	Espontánea	Obedece ordenes	Orientado	15/15	--	--	--	--

EXÁMEN FÍSICO POR REGIONES

Cabeza

Cara: Normal NO ASIMETRIAS

Cabeza: Normal NORMOCEFALO

Ojos: Normal CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS.

Boca: Normal MUCOSA ORAL HUMEDA

Cuello

Cuello: Normal MOVIL, SIN ADENOPATIAS

Tórax

Corazón: Normal RSCSRS SIN SOPLOS

Pulmones: Normal RSRS NORMALES SIN SOBREAGREGADOS

Caja Torácica: Normal SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Abdomen

Abdomen: Normal GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, AU: 32 CM, FETO ÚNICO VIVO LONGITUDINAL CEFÁLICO DORSO IZQUIERDO, FCF: 140 X MIN, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO SE PERCIBE ACTIVIDAD UTERINA DURANTE EL EXÁMEN FISICO, NO HIPERTONIA UTERINA, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.

Genitales

Genitales: Normal EXÁMEN GINECOLÓGICO REALIZADO PREVIA AUTORIZACIÓN POR PACIENTE: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS SIN LESIONES, NO SANGRADO. TV: VAGINA NORMOTERMICA, CUELLO POSTERIOR, BLANDO, CERRADO.

Extremidades

Miembros Inferiores: Normal NO EDEMAS, ADECUADA PERFUSIÓN DISTAL, ROT: ++/++++

Esfera Mental

Esfera Mental: Normal ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.

Neurológico

Neurológico: Normal SIN DEFICIT APARENTE.

DIAGNÓSTICO Y PLAN

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	ESTADO INICIAL	CAUSA EXTERNA
ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL	O365	Confirmado	ENFERMEDAD GENERAL

Plan: PACIENTE DE 31 AÑOS DE EDAD CON IDX:

1. G2A1
2. EMBARAZO DE 38 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE SEMANA 12.
3. FETO ÚNICO VIVO CEFÁLICO
4. DISMINUCIÓN EN LA TASA DE CRECIMIENTO FETAL.
4.1. HIPOMOTILIDAD FETAL
5. SOBREPESO MATERNO
6. ILA EN LÍMITE INFERIOR
7. HIPOTIROIDISMO GESTACIONAL

PACIENTE EN EL MOMENTO NORMOTENSA, ASINTOMATICA PARA VASOESPASMO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SRIS, NORMOREFLEXIA.

* MONITORIA FETAL AL INGRESO: LÍNEA DE BASE: 140, VARIABILIDAD MODERADA, ACELERACIONES PRESENTES, NO DESACELERACIONES PATOLÓGICAS, CON 1 CONTRACCIÓN DE LEVE INTENSIDAD EN EL TRAZADO. MONITORIA CATEGORIA I - NST: REACTIVA.

- SE RECIBE LLAMADO DE TRATANTE (DR. FERNANDO LAVERDE) QUIEN INDICA HOSPITALIZAR PARA REALIZACIÓN DE CESÁREA POR BISHOP NO FAVORABLE PARA INDUCCIÓN ASOCIADO A DISMINUCIÓN EN LA TASA DE CRECIMIENTO FETAL Y RECONSULTAR POR MISMA CAUSA EN LA ÚLTIMA SEMANA (HIPOMOTILIDAD FETAL).

PLAN:
1. HOSPITALIZAR
2. NADA VÍA ORAL.
3. LACTATO DE RINGER, PASAR 500 CC EN BOLO Y CONTINUAR A 100 CC/HORA
4. PREPARAR PARA CESÁREA
5. SS/: HEMOGRAMA.
6. CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

* SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y COMPRENDER, SE ACLARAN DUDAS.

* RIESGOS DE CESAREA:
SANGRADO, INFECCIÓN, CICATRIZACIÓN, DEHISCENCIAS DE HERIDA, HEMATOMAS, REINTERVENCIÓN, LESIÓN VESICAL Y/O INTESTINAL, RAFIA DE VEJIGA Y/O INTESTINO, NECESIDAD DE TRANSFUSIÓN, HISTERECTOMIA, NECESIDAD DE UCI, MUERTE.

CLÍNICA DE LA MUJER
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

Apellidos:	CALDERON OSTOS				
Nombre:	GINA PAOLA				
Número de Id:	CC-1030545205				
Número de Ingreso:	7118717-4				
Sexo:	Femenino	**Edad Ing.:**	31 Años	**Edad Act.:**	31 Años
Ubicación:	HOSPITALIZACION TORREA-3 PISO			**Cama:**	304
Servicio:	HOSPITALIZACION TORREA-3PISO				
Responsable:	COMPENSAR E.P.S.				

22

ÓRDENES MÉDICAS

LABORATORIO CLINICO

28/02/2020 08:18 HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO
TE

28/02/2020 08:18 HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO
ORDENADO

MEZCLAS A

28/02/2020 08:18 Lactato de Ringer por 1000 cc Bolsa x 1000 ml
Lactato de Ringer 1000 cc pasar 500 cc en bolo y continuar a 100 cc/hora PARA 24 HORAS
ORDENADO

Firmado por: ELMAN HACKSON LEAL VARGAS, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA , Reg: 91529587

HISTORIA DE EVOLUCIÓN

TIPO DE EVOLUCIÓN: DESCRIPCION OPERATORIA ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA FECHA: 28/02/2020 13:59

ANÁLISIS: Cirugía: Hospitalizado
o de Cirugía: Urgente, Causa de Urgencia: URGENCIA OBSTETRICA
Reintervención: No
Técnica Anestésica: REGIONAL
Quirófano: SALA 004
Consentimiento Informado: Si
Profilaxis Quirúrgica: Si, CEFAZOLINA
PROCEDIMIENTOS: CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION RECUPERACION ANESTESIA ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA FECHA: 28/02/2020 16:25

ANÁLISIS: aldrete 10 control de dolor no nausea no emesis no sangrado no bloqueo motor ni sensitivo
ta 110/60 fc 63 fr 16 sato2 92

PLAN DE EVOLUCIÓN: salida de recuperacion con recomendaciones y signos alarma

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION ADICIONAL ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA FECHA: 28/02/2020 16:33

ANÁLISIS RESULTADOS:

OBSERVACIONES: CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

Leucocitos = 10870 mm ^{3} , Polimorfonucleares Neutrófilos = 71.4 % , Polimorfonucleares Neutrófilos (Absoluto) = 7759 mm ^{3} , Linfocitos = 22.4 % , Linfocitos soluto) = 2435 mm ^{3} , Monocitos = 5 % , Monocitos (Absoluto) = 543 mm ^{3} , Polimorfonucleares Eosinófilos = 0.6 % , Polimorfonucleares Eosinófilos soluto) = 60 mm ^{3} , Polinucleares Basófilos = 0.7 % , Polimorfonucleares Basófilos (Absoluto) = 78 mm ^{3} , Hematies (en millones) = 4.96 mm ^{3} , Hemoglobina = 15.3 g/dL , Hematocrito = 45.6 % , Volumen Corpuscular Medio = 91.9 fl , Hemoglobina Media Corpuscular = 30.8 pg , Concentración Hemog. Corpuscular Media = 33.5 g/dL , Ancho de Distribución de los Eritrocitos = 12 % , Recuento de Plaquetas = 231700 mm ^{3}HEMOCLASIFICACION SANGUINEA ABO y Rh

Grupo Sanguíneo = O , Factor Rh = POSITIVO , OBSERVACIONES: = RECIEN NACIDO *MUESTRA: SANGRE DE CORDON UMBILICAL. *SE SUGIERE REPETIR HEMOCLASIFICACION EN 6 MESES.

ANÁLISIS: PACIENTE EN POP INMEDIATO CESAREA, EN EL MOMENTO CON CONTROL DEL DOLOR, NO EMESIS, NO VASOESPASMO. AL EXAMEN FISICO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, NO SIRS, ABDOMEN CON UTERO TONICO, EN INVOLUCION, HERIDA QUIRURGICA SIN SANGRADO, LOQUIOS ESCASOS. ORINA CLARA, CON GASTO URINARIO EN METAS, ORINA CLARA A CISTOFLO.
SE CONSIDERA PACIENTE CON EVOLUCION SATISFACTORIA, SE TRASLADA A PISO PARA CONTIUAR MANEJO POR TRATANTE. SE EXPLICA A LA PACIENTE, SE RESUELVEN DUDAS

PLAN DE EVOLUCIÓN: TRASLADO A PISO MANEJO POR MEDICO TRATANTE
LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

8

TROMBOPROFILAXIS FARMACOLOGICA
MEDIAS DE COMPRESION MEDIANA
SE DILIGENCIA ESCALA DE RIESGO TROMBOEMBOLICO (RE-CALCULO DE RIESGO EN PUERPERIO)
CUIDADOS DE HERIDA QUIRÚRGICA, VIGILAR INVOLUCIÓN UTERINA Y SANGRADO VAGINAL.
PENDIENTE REALIZACION DE ESCALA DE RIESGO DE DEPRESION POSTPARTO EDINGURGH
PENDIENTE DEAMBULACION, TOLERANCIA DIETA Y MICCION ESPONTANEA
CONTROL DE SIGNOS VITALES, CIFRAS TENSIONALES, AVISAR CAMBIOS.

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION ADICIONAL ESPECIALIDAD: PEDIATRIA FECHA: 29/02/2020 10:33

ANÁLISIS: paciente estable, no sirs no dificultad para respirar con adecuada evolucion clinica, se indica continuar solterapia,medidas AR, control porpediatria con resultado de TSH
Se explica a los padres quienes refieren entender

PLAN DE EVOLUCIÓN: LM y/o maternizasa cada 2-3 horas
solterapia, limpieza del onfalo
control porpediatria
reclamra TSH
signos de alarma

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION LACTANCIA MATERNA ESPECIALIDAD: ENFERMERA FECHA: 29/02/2020 11:20

ANÁLISIS: paciente con su primer bebe atermino

PLAN DE EVOLUCIÓN: se da asesoria en lactancia materna a libre demanda : importancia y ventajas de la leche materna, cuidados del pezon masaje manual y conservacion de la leche. se observo adecuado agarre y succion
se recomienda: lavado de manos , restriccion de visitas, alimentacion balanceada para la paciente, cita con pediatra de 3 a 5 dias, recuento de pañales, se dan signos de alarma, padres refieren entender

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION ADICIONAL ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA FECHA: 29/02/2020 21:26

ANÁLISIS: BIEN

PLAN DE EVOLUCIÓN: SAÑODA MAÑANA

Recién nacido nro.: 1
Fecha - Hora de nacimiento: 28/02/2020 13:36
Forma de terminación:
Parto / Cesarea: Cesarea
Indicación cesárea: No
Indicador de Otra Maniobra: No
Cordón:
Pinzamiento: HABITUAL
Circulares: No
Nace: Vivo
Sexo: Femenino
Peso (g): 2650
Talla(cm): 48
Presentación: Cefalica
Perímetro Cefálico(cm): 34
Perímetro Torácico(cm): 31
Perímetro abdominal(cm): 29

ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO
APGAR:
Al minuto: 8
A los 5 minutos: 9
A los 10 minutos: 10
Adaptación neonatal: Espontánea
Profilaxis:
Ocular: Si, isodine oftalmico
Umbilical: Si, baccidine
Vitamina K (mg): 1
Certificado del DANE: 15802364-5
Obstetra/Responsable: CARLOS ANDRES SANCHEZ PINZON

EXAMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO:
Peso edad Gestacional: Adecuado

7

CLÍNICA DE LA MUJER
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

Apellidos:	CALDERON OSTOS				
Nombre:	GINA PAOLA				
Número de Id:	CC-1030545205				
Número de Ingreso:	7118717-4				
Sexo:	Femenino	**Edad Ing.:**	31 Años	**Edad Act.:**	31 Años
Ubicación:	HOSPITALIZACION TORREA-3 PISO			**Cama:**	304
Servicio:	HOSPITALIZACION TORREA-3PISO				
Responsable:	COMPENSAR E.P.S.				

24

Ballar: 38
Impresión Diagnóstica: PRODUCTO UNICO, NACIDO EN HOSPITAL
Destino del recién nacido: Con la Madre
Pediatra que evalúa/Responsable: CARLOS ANDRES SANCHEZ PINZON

PROCEDIMIENTOS

FECHA	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD
28/02/2020	740001	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	1

MEDICAMENTOS

FECHA	MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	DOSIS
28/02/2020 14:09	Dipirona Metamizol 1 g IM/IV ampolla x 2ml solución inyectable (Novalgina)	1 GRAMO, INTRAVENOSA, Cada 6 horas, por PARA 24 HORAS	3
28/02/2020 14:09	Diclofenaco Sódico 75 mg/100 ml en SSN Buffer bolsa x 100 ml solución inyectabl	75 MILIGRAMO, INTRAVENOSA, Cada 12 horas, por PARA 24 HORAS	2
28/02/2020 14:09	Ranitidina 50mg/100ml solucion intectable x 100ml	50 MILIGRAMO, INTRAVENOSA, Cada 8 horas, por PARA 24 HORAS	3
28/02/2020 14:09	Metoclopramida 10mg/100 mL sln iny bolsa x 100	10 MILIGRAMO, INTRAVENOSA, Cada 8 horas, por PARA 24 HORAS	2
/02/2020 16:45	Enoxaparina Sódica 40 mg/0.4 ml Jeringa Prellena solución inyectable (Clexane)	40 MILIGRAMO, SUBCUTANEA, Cada 24 horas, por PARA 24 HORAS	1
28/02/2020 16:45	Levotiroxina Sódica 50 mcg tableta (Euthyrox)	50 MICROGRAMO, ORAL, Cada 24 horas, por PARA 24 HORAS	1

EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA

FECHA	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	TIPO	ESTADO
28/02/2020	O365	ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL	Ingreso	Confirmado
28/02/2020	O365	ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL	Quirúrgico	Confirmado
28/02/2020	O365	ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL	Quirúrgico	Confirmado
29/02/2020	Z762	CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS	Principal	Confirmado

EGRESO

CAUSA DE EGRESO: ALTA MEDICA
DIAGNÓSTICO DE EGRESO: O365, ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL
CONDICIONES GENERALES SALIDA: buenAS
PLAN DE MANEJO: CNTROL 1 SERMAN
INCAPACIDAD FUNCIONAL: Si
O DE INCAPACIDAD: Licencia de Maternidad

Firmado por: FERNANDO LAVERDE VALENCIA , GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA , Reg: 79443997

ÓRDENES MÉDICAS EXTERNAS

INCAPACIDAD

28/02/2020 21:30

Licencia de Maternidad126 Días, Desde: 28/02/2020, Hasta: 02/07/2020

ORDENADO

MEDICAMENTOS EX

29/02/2020 21:29

6

Apellidos:	CALDERON OSTOS				
Nombre:	GINA PAOLA				
Número de Id:	CC-1030545205				
Número de Ingreso:	7118717-4				
Sexo:	Femenino	**Edad Ing.:**	31 Años	**Edad Act.:**	31 Años
Ubicación:	HOSPITALIZACION TORREA-3 PISO			**Cama:**	304
Servicio:	HOSPITALIZACION TORREA-3PISO				
Responsable:	COMPENSAR E.P.S.				

Enoxaparina Sódica 40Mg/0.4Ml Jeringa Prellena 1 AMPOLLA, SUBCUTANEA, Diaria, por 7 DIAS La prescripción de los medicamentos se genera en nombre comercial con su respectivo genérico, para que no limite su dispensación por parte de las Aseguradoras, de acuerdo a lo establecido en la Normatividad vigente.

ORDENADO

PLAN DE EGRESO ADULTO

29/02/2020 21:28

Consulte: Si presenta reacciones alergicas con el medicamento

ORDENADO

29/02/2020 21:28

Consulte: Si presenta fiebre > 38.5 o escalofrio

ORDENADO

29/02/2020 21:28

Consulte: Si presenta sangrado genital de mal olor (fetido)

ORDENADO

29/02/2020 21:28

Asista a cita de control con su Ginecólogo entre el 3 y 5 día

ORDENADO

PLAN DE EGRESO PEDIATRIA

29/02/2020 10:55

Evite llevar el recien nacido a sitios con aglomeracion de personasRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Perdida de vitalidad, con poca succion, poca fuerza y llanto debilRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Vomita todo lo que come o vomito verdosoRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Secrecion, enrojecimiento y mal olor en area del cordon umbilicalRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Asistir a consulta de Crecimiento y desarrolloRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Mantener al recien nacido abrigado pero no en excesoRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Debe evitar el contacto con personas con sintomas respiratorios (Gripa, tos...)Recomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Se entrega signos de alarmaRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Exponer al sol durante 15 minutos solo con pañal. En la mañana y en la tardeRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Color amarillo en ojos y piel despues 2°dia con incremento rapido y progresivoRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Vacunar a su hijo segun esquema de Plan ampliado de inmunizacionRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Disminucion en el numero de deposiciones (promedio 4-7 en el dia)Recomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Asistir a los programas de Promocion y prevencion de su EPSRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

No permita que se fume en el entorno del bebeRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

ır tapabocas permanente si padres o cuidadores tienen sintomas respiratoriosRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

OtrosRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

El recien nacido duerme mucho y no se despierta a pesar de estimularloRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Succion Persistente sin lograr sensacion de saciedad (no duerme profundo)Recomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Dificultad Respirat:Color azuloso labios -Uñas,aleteo nasal,hundimiento CostillasRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Lavarse las manos antes de tener contacto con el recien nacidoRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

En caso de presentar signos de alarma acuda inmediatamente a urgenciasRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Fiebre (Temperatura mayor a 38°C)Recomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

PedirTSH neonatal, tamizaje metabolico,hemoclasificacion y llevarlos al PediatraRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

CLÍNICA DE LA MUJER
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

Apellidos:	CALDERON OSTOS				
Nombre:	GINA PAOLA				
Número de Id:	CC-1030545205				
Número de Ingreso:	7118717-4				
Sexo:	Femenino	**Edad Ing.:**	31 Años	**Edad Act.:**	31 Años
Ubicación:	HOSPITALIZACION TORREA-3 PISO			**Cama:**	304
Servicio:	HOSPITALIZACION TORREA-3PISO				
Responsable:	COMPENSAR E.P.S.				

29/02/2020 10:55

Control pediatrico los primeros 5 dias o antes si hay recomendacion del PediatraRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Vacunar a padres y familiares cercanos del recien nacido, contra Tosferina.Recomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Irritabilidad o rechazo al alimento persistenteRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Leche materna a libre demanda, ninguna formula lactea es superior a esta, pero si es necesario ofrezcale a su hijo formula complementariaRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Disminúcion de Orina (promedio 4-6 pañales en el dia)Recomendaciones Medicas Signos de Alerta

ORDENADO

29/02/2020 10:55

Aparicion de color amarillo en ojos y piel antes de 2 diasRecomendaciones Medicas Signos de Alerta

.DENADO

Generado por: FERNANDO LAVERDE VALENCIA , GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA , Reg: 79443997

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60694886

NUIP 1016921426

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: | Notaría: X | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | Código: A 4 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 41 BOGOTA DC * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENDEZ * * * * * * * * * * * * * * *	CALDERON * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

JUANA SOFIA *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes FEB Día 28	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	15802364-5 * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CALDERON OSTOS GINA PAOLA *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1030545205 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MENDEZ MURILLO NILSON HUMBERTO *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1030546638 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENDEZ MURILLO NILSON HUMBERTO *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1030546638 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes FEB Día 29	ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE Notaría 41 en Propiedad Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE Notaría 41 en Propiedad Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 155;29/02/2020

TIPOGRAFIA GREG S. SONR.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Nº 54271

Angela Sirley Mayorga Fonseca C.C. 52.066.045

Angela Sirley Mayorga Fonseca C.C. 52.066.045

Nilson Humberto Mendez Murillo

NOTARÍA 41 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
Cra. 15 No. 75-09 Int. 3 Bta, D.C. PBX: 212 5720 Tel.: 814 1441 Fax: 285 11
notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41@notaria41bogota.com
Página web: www.notaria41bogota.com

Esta hoja tiene un código QR, el cual, debe ser verificado por los usuarios y destinatarios a fin de que comprueben su trazabilidad. Ingrese por su computadora o smartphone (teléfono-inteligente) a un aplicativo lector de código QR

2

Item 7 - Julio 20203200028553
7-07-2020

29

	FORMATO AUSENTISMO	Versión	1
		Fecha de aprobación	22/06/2017
		Código	04-02-FO-0007

FECHA DE SOLICITUD:	1 Julio -2020
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	Gina Calderon Osto
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030545205
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	Instrumentadora Quirurgica
AREA Y/O DEPENDENCIA	Salas de Cx
TIEMPO DE PERMISO	6 horas

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)		
a) SALUD (Citas Medicas)	FECHA	03-julio-2020.
Biopsia Piel.	HORARIO	7:am - 1pm.
	Anexe el soporte de la cita médica o examen	X
b) PERMISO PERSONAL	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte justificado del permiso	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte de la causa de la calamidad	
e) OTRO? CUAL?	FECHA	
	HORARIO	
	Anexe el soporte de la causa	

Gina Paola Calderon O.
Firma del Funcionario

Vo.Bo. Jefe Inmediato
NOMBRE:
CARGO: Lider Instrumentacion Qx.

Vo. Bo Firma del Director

Vo.Bo. Subgerente Corporativo de Prestación de Servicios de Salud

Vo. Bo Firma del Gerente

DESPRENDIBLE...PARA DIRECCIÓN DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

FECHA DE SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	
AREA Y/O DEPENDENCIA	
TIEMPO DE PERMISO	

CAUSA DEL AUSENTISMO (Marcar con una X sobre la causa)		
a) SALUD	FECHA	
	HORARIO	
b) PERMISO PERSONAL	FECHA	
	HORARIO	
c) INCAPACIDAD (Por enfermedad común o laboral)	PERIODO DE INCAPACIDAD	
d) CALAMIDAD DOMESTICA	FECHA	
	HORARIO	
e) OTRO? CUAL?	FECHA	
	HORARIO	

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Recibi 9-7-20 SOMA Cel (304

Rad No. 2020-320-002855-3
Fecha: 2020-07-07 08:03 - Us 1073674702
Remitente: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Destino: JOHANNA PATRICIA RODRIGUEZ
Asunto: INCAPACIDAD DELA GINNA PAOLA CALDERON IN
Folios: 2 Anexos: 2
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

10X - PROCEDIMIENTOS MENORES
No. OC10970675

compensar | salud

30

NO. AUTORIZACIÓN: **PRESTADOR:** **PRIORIDAD:**001
PACIENTE:GINA CALDERON OSTOS **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** CC **IDENTIFICACIÓN:**1030545205
EPISODIO: 24816798 **SEXO:** Femenino **TIPO DE PACIENTE:** Cat. B: Cotizante
EDAD:32 A **TIPO DE ATENCIÓN:** Ambulatorio
ASEGURADORA PLAN:COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE **CAUSA EXTERNA:** Enf. General
UNIDAD MÉDICA:10XM_MDG **UE:** 10BC312

DIAGNÓSTICOS:L309

Código CUPS	Descripción	LAT.	Cantidad	Fecha Preferente
860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIELTEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA CON S Biopsia de piel. Turno el 3 de julio de 2020 a las 13hr, Compensar sede calle 94.	SIN	0001	

Vigilado Supersalud

Firma:
CC:
Especialidad:

Firma: ZAMBRANO FRANCO EVELYN ANDREA
CC: 67025500
Especialidad: DERMATOLOGIA

A 12

Gmail

Ivonne Natalia Rojas Martin <nataliarojas.martin@gmail.com>

Fwd: COMUNICACIÓN RESOLUCIÓN 0945 PERMISO SINDICAL

1 mensaje

Dirección de Talento Humano <dirthumano@subredsuroccidente.gov.co> 5 de enero de 2022, 7:54
Para: jaimegoenaga@yahoo.com, jagt69@hotmail.com, agamaris1@gmail.com, adenis31@yahoo.com, diwinc@hotmail.com, claraigalvis@hotmail.com, obdecues1967@gmail.com, edgargarzon63@hotmail.com, loeco180359@gmail.com, victorjimenezperez@hotmail.com, malejop33@yahoo.es, nelsonperezluna@gmail.com, gipaocalderon25@gmail.com, jealaguirre@hotmail.com
Cc: Dirección de Talento Humano <dirthumano@subredsuroccidente.gov.co>, sintrahoskensubredsuroccidente <sintrahoskensubredsuroccidente@gmail.com>

Bogotá D.C., 04 de enero de 2022

Señores
JAIME ALBERTO GOENAGA TRUJILLO → cc 72 161 935
MEDICO ESPECIALISTA
jaimegoenaga@yahoo.com; jagt69@hotmail.com

AGUSTIN VIRGILIO AMARIS IBAÑEZ → cc 19.434.800
ENFERMERO
agamaris1@gmail.com

ADENIS MARIA ALVAREZ MAZO → c c 51.675.632
ENFERMERA
adenis31@yahoo.com

DIANA WINSTON CASTILLA → c c 51.995.139
PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD
diwinc@hotmail.com

CLARA INES GALVIS CASTILLO → c c 52.188.316
AUXILIAR AREA SALUD
claraigalvis@hotmail.com

OBDELIA CUBIDES ESPINOSA → c c 51.871.611
AUXILIAR AREA SALUD
obdecues1967@gmail.com

EDGAR GARZÓN RUBIO → c c 179.080
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
edgargarzon63@hotmail.com

JOSE LEONARDO CORTES RODRIGUEZ → c c 19.267.378
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
loeco180359@gmail.com

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ → c c 87712270
MEDICO GENERAL
victorjimenezperez@hotmail.com

JOSE NELSON PEREZ LUNA → c c 59.771.47

malejop33@yahoo.es; nelsonperezluna@gmail.com

GINA PAOLA CALDERON OSTOS → c c 1 030. 545 205
TECNICO AREA SALUD
gipaocalderon25@gmail.com

JORGE ENRIQUE AGUIRRE LOZANO → c c 19 450 007
AUXILIAR AREA SALUD
jealaguirre@hotmail.com

Buenos días:

De manera atenta me permito informarles que les ha sido concedido el permiso sindical mediante Resolución No. 0945 del 29 de diciembre de 2021, para los días 11, 18 y 25 de enero; 7, 14, 21 y 28 de febrero; 7, 14, 22 y 28 de marzo; 4, 11, 18 y 25 de abril; 2, 9, 16 y 30 de mayo y, 6, 13, 21 y 28 de junio de 2022, con el fin de asistir a las reuniones de la Junta Directiva del Sindicato de Trabajadores de la Subred Sur Occidente - SINTRAHOSKEN - CUT.

Cordialmente,

Mónica Adriana Flórez Bonilla
Dirección de Gestión del Talento Humano
Subred Sur Occidente ESE
Tel: 555 1347 Ext. 1900
dirthumano@subredsuroccidente.gov.co

COMUNICACIÓN PERMISO SINDICAL - SINTRAHOSKEN.pdf
3183K

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NOTA INTERNA

20224300000073
Bogotá D.C., 03-01-2022

DE: DIRECTOR OPERATIVO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

PARA: DOCTOR JAIME ALBERTO GOENAGA TRUJILLO
MEDICO ESPECIALISTA
jaimegoenaga@yahoo.com; jagt69@hotmail.com
SEÑOR AGUSTIN VIRGILIO AMARIS IBANEZ
ENFERMERO
agamaris1@gmail.com
SEÑORA ADENIS MARIA ALVAREZ MAZO
ENFERMERA
adenis31@yahoo.com
SEÑORA DIANA WINSTON CASTILLA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD
diwinc@hotmail.com
SEÑORA CLARA INES GALVIS CASTILLO
AUXILIAR AREA SALUD
claraigalvis@hotmail.com
SEÑORA OBDELIA CUBIDES ESPINOSA
AUXILIAR AREA SALUD
obdecues1967@gmail.com
SEÑOR EDGAR GARZÓN RUBIO
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
edgargarzon63@hotmail.com
SEÑOR JOSE LEONARDO CORTES RODRIGUEZ
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
leoco180359@gmail.com
DOCTOR VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
MEDICO GENERAL
victorjimenezperez@hotmail.com
SEÑOR JOSE NELSON PEREZ LUNA
AUXILIAR DE MANTENIMIENTO
malejop33@yahoo.es; nelsonperezluna@gmail.com
SEÑORA GINA PAOLA CALDERON OSTOS
TECNICO AREA SALUD
gipaocalderon25@gmail.com
SEÑOR JORGE ENRIQUE AGUIRRE LOZANO
AUXILIAR AREA SALUD
jealaguirre@hotmail.com

ASUNTO: COMUNICACIÓN RESOLUCIÓN 0945 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2021. PERMISO SINDICAL

De manera atenta me permito informarles que les ha sido concedido el permiso sindical mediante Resolución No. 0945 del 29 de diciembre de 2021, para los días 11, 18 y 25 de enero; 7, 14, 21 y 28 de febrero; 7, 14, 22 y 28 de marzo; 4, 11, 18 y 25 de abril; 2, 9, 16 y 30 de mayo y, 6, 13, 21 y 28 de junio de 2022, con el fin de asistir a las reuniones de Junta Directiva del Sindicato de Trabajadores de la Subred Sur Occidente – SINTRAHOSKEN – CUT.

Cordialmente,

MÓNICA ADRIANA FLÓREZ BONILLA
Director Operativo
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Copia: Sindicato - Dirección de Servicios Hospitalarios – Dirección de Servicios Complementarios – Dirección de Servicio de Urgencias – Dirección Financiera – Dirección Administrativa – Sistema de Información TIC.

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.

Funcionario / Contralista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Aprobado por:	Mónica Adriana Flórez Bonilla	Director Operativo - Dirección de Gestión del Talento Humano		03/01/2022
Elaborado por:	Ivonne Natalia Rojas Martín	Profesional Especializado I- OPS		03/01/2022

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

RESOLUCIÓN No. 0945 **DEL** 29 DIC 2021

"POR LA CUAL SE CONCEDE UN PERMISO SINDICAL"

LA GERENTE (E) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

En uso de sus facultades legales, y en especial las establecidas en la Resolución No. 2457 del 2021 y el artículo 24 del Acuerdo de Junta Directiva No. 042 de 2018, por el cual se adoptan los estatutos de la entidad y,

C O N S I D E R A N D O:

mediante correo electrónico de fecha 21 de diciembre de 2021, el Secretario General del Sindicato SINTRAHOSKEN CUT, solicita a la Gerente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., autorizar permiso sindical a los funcionarios: JAIME ALBERTO GOENAGA TRUJILLO, AGUSTÍN VIRGILIO AMARIS IBANEZ, ADENIS MARIA ALVAREZ MAZO, DIANA WINSTON CASTILLA, CLARA INES GALVIS CASTILLO, OBDELIO CUBIDES ESPINOSA, EDGAR GARZÓN RUBIO, JOSE LEONARDO CORTES RODRIGUEZ VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ, NELSON PEREZ LUNA, GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS y JORGE ENRIQUE AGUIRRE LOZANO con el fin de asistir a las reuniones de junta directiva para los días relacionados a continuación:

11, 18 y 25 de enero de 2022
7, 14, 21 y 28 de febrero de 2022
7, 14, 22 y 28 de marzo de 2022
4, 11, 18 y 25 de abril de 2022
2, 9, 16 y 30 de mayo de 2022
6, 13, 21 y 28 de junio de 2022

Que el artículo 13 de la Ley 584 de 2000, estableció: Créase un artículo nuevo en el Código Sustantivo del Trabajo, el cual quedará así: Artículo 416-A. *"Las organizaciones sindicales de los servidores públicos tienen derecho a que las entidades públicas les concedan permisos sindicales para que, quienes sean designados por ellas, puedan atender las responsabilidades que se desprenden del derecho fundamental de asociación y libertad sindical. El Gobierno Nacional reglamentará la materia, en concertación con los representantes de las centrales sindicales."*

Que el Decreto No. 2813 de 2000 en su artículo 1°, establece: " *Los representantes sindicales de los servidores públicos tienen derecho a que las entidades públicas de todas las Ramas del Estado, sus órganos autónomos y sus organismos de control, la Organización Electoral, las universidades públicas, las Entidades descentralizadas y demás entidades y dependencias públicas del Orden Nacional, Departamental, Distrital y Municipal, les concedan los permisos sindicales remunerados necesarios para el cumplimiento de su gestión".*

Que, en mérito de lo anteriormente expuesto,

RESOLUCIÓN No. 0945 **DEL** 29 DIC 2021

"POR LA CUAL SE CONCEDE UN PERMISO SINDICAL"

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Conceder permiso sindical a los siguientes funcionarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., para que acudan a las reuniones ordinarias de junta directiva y las actividades propias del ejercicio sindical del Sindicato de Trabajadores del Hospital Occidente de Kennedy – SINTRAHOSKEN, en las fechas señaladas a continuación y de conformidad con los expuesto en la parte motiva de ésta resolución:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	CODIGO	CARGO	FECHA DE PERMISO SINDICAL
72161935	JAIME ALBERTO GOENAGA TRUJILLO	MÉDICO ESPECIALISTA	213	32	11, 18 y 25 de enero de 2022 7, 14, 21 y 28 de febrero de 2022 7, 14, 22 y 28 de marzo de 2022 4, 11, 18 y 25 de abril de 2022 2, 9, 16 y 30 de mayo de 2022 6,13, 21y 28 de junio de 2022
19434800	AGUSTIN VIRGILIO AMARIS IBANEZ	ENFERMERO	243	20	
51675632	ANDENIS MARIA ALVAREZ MAZO	ENFERMERO	243	20	
51950139	DIANA WINSTON CASTILLA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	237	16	
52188316	CLARA INES GALVIS CASTILLO	AUXILIAR AREA SALUD	412	17	
51871611	OBDELIA CUBIDES ESPINOZA	AUXILIAR AREA SALUD	412	17	
179080	EDGAR GARZÓN RUBIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	15	
19267378	JOSE LEONARDO CORTES RODRIGUEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	11	
87712270	VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ	MEDICO GENERAL	211	31	
5977147	JOSE NELSON PEREZ LUNA	AUXILIAR DE MANTENIMIENTO	5110	IVB	
1030545205	GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO AREA SALUD	323	13	
19450007	JORGE ENRIQUE AGUIRRE LOZANO	AUXILIAR AREA SALUD	412	18	

ARTÍCULO SEGUNDO: Comuníquese el contenido de la resolución a los funcionarios anteriormente mencionados.

ARTICULO TERCERO: Comuníquese a la Dirección de Gestión del Talento Humano, para que se lleve a cabo lo de su competencia.

RESOLUCIÓN No. 0945 **DEL** 29 DIC 2021

"POR LA CUAL SE CONCEDE UN PERMISO SINDICAL"

ARTICULO CUARTO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Dada en Bogotá, D.C., a los 29 DIC 2021

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

DIANA MILENA MENDIVELSO DÍAZ
GERENTE (E)
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

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.				
Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Aprobado por :	Liliana Marcela Rodriguez Moreno	Subgerente Corporativo		
Revisado por	Sandra Liliana Bautista López	Director Operativo (E) - Dirección de Gestión de Talento Humano		
Elaborado por:	Ivonne Natalia Rojas Martin	Profesional Especializado I - OPS		27/12/2021

Gmail

Ivonne Natalia Rojas Martin <nataliarojas.martin@gmail.com>

Fwd: PREMISOS SINDICALES VIGENCIA 2022

1 mensaje

Dirección de Talento Humano <dirthumano@subredsuroccidente.gov.co> 21 de diciembre de 2021, 16:54
Para: nataliarojas martin <nataliarojas.martin@gmail.com>
Cc: Dirección de Talento Humano <dirthumano@subredsuroccidente.gov.co>

Buenas tardes,

De manera atenta, me permito remitir para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente

De: "sintrahoskensubredsuroccidente" <sintrahoskensubredsuroccidente@gmail.com>
Para: "dirthumano" <dirthumano@subredsuroccidente.gov.co>, "agamaris1" <agamaris1@gmail.com>, "adenis31" <adenis31@yahoo.com>
Enviados: Martes, 21 de Diciembre 2021 16:05:11
Asunto: PREMISOS SINDICALES VIGENCIA 2022

Doctora:
Mónica Adriana Flórez Bonilla
Dirección de Gestión del Talento Humano
Subred Suroccidente E.S. E.

Asunto: Permiso SIndical Primer Semestre 2022, Miembros Junta DIrectiva

Por medio del presente nos dirigimos a usted para solicitar su valiosa colaboración con el fin de obtener permiso sindical para los siguientes miembros de la Junta Directiva para la participación en las reuniones programadas de Junta Directiva de Nuestra Organización Sindical SINTRAHOSKEN, durante el primer semestre del año 2022 para los siguientes días:

ENERO 11 -18 - 25
FEBRERO 7 - 14 - 21 - 28
MARZO 7 - 14 -22 - 28
ABRIL 4 -11 - 18 - 25
MAYO 2 - 9 - 16 - 30
JUNIO 6 -13 - 21 -28

de los siguientes Miembros Junta Directiva.

JAIME ALBERTO GOENAGA
AGUSTÍN VIRGILIO AMARIS
ADENIS ALVARÉZ MAZO
DIANA WINSTON CASTILLA
CLARA INES GALVIS
OBDELIA CUBIDES ESPINOSA
EDGAR GARZON RUBIO
JOSE LEONARDO CORTES
VICTOR JIMENEZ PEREZ
NELSON PEREZ LUNA
GINA PAOLA CALDERON OSTON
JORGE ENRIQUE AGUIRRE L

cordialmente,

JORGE ENRIQUE AGUIRRE LOZANO
Secretaria General
SINTRAHOSKEN-CUT
sindicato de Trabajadores de la Subred sur Occidente.

--

Mónica Adriana Flórez Bonilla
Dirección de Gestión del Talento Humano
Subred Sur Occidente ESE
Tel: 555 1347 Ext. 1900
dirthumano@subredsuroccidente.gov.co

1030545205

NOTA INTERNA

20214300022943

Bogotá D.C., 21-04-2021

DE: DIRECTOR OPERATIVO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

PARA: SEÑORA GINA PAOLA CALDERON OSTOS
TÉCNICO ÁREA SALUD
USS KENNEDY
gipaocalderon25@gmail.com

ASUNTO: COMUNICACIÓN PERMISO SINDICAL INSTALACIÓN DE MESA DE NEGOCIACIÓN SINDICAL

De manera atenta me permito informarles que le ha sido concedido permiso sindical, para que asista a la reunión de instalación de la mesa de negociación sindical, la cual se llevará a cabo de manera virtual el día 22 de abril de 2021 a las 8:00 am.

Por lo anterior se remitirá a su correo electrónico el link correspondiente.

Cordialmente,

SANDRA LILIANA BAUTISTA LÓPEZ
Director Operativo
Dirección De Gestión Del Talento Humano

Copia: Subgerencia de Servicios Hospitalarios
Sindicato Sintrahosken

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.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Aprobado por	Sandra Liliana Bautista López	Director Operativo - Dirección de Gestión de Talento Humano		21/04/2021
Revisado por:	Karim Johanna Camacho Hernández	Profesional Especializado I OPS		21/04/2021
Elaborado por:	Shirley Cruz Cubillos	Profesional Universitario II OPS	SHC	21/04/2021

H 1 Archivo.
(11)

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NOTA INTERNA

20224300010053
Bogotá D.C., 17-02-2022

DE: DIRECTOR OPERATIVO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

PARA: GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS 1 → 1030545205 X
TECNICO AREA SALUD
gipaocalderon25@gmail.com
JORGE ENRIQUE AGUIRRE LOZANO 2 → 19450007
AUXILIAR AREA SALUD
jealaguirre@hotmail.com
JOSE NELSON PEREZ LUNA 3 → 59.771.47
AUXILIAR DE MANTENIMIENTO
malejop33@yahoo.es; nelsonperezluna@gmail.com
VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ 4 → 87 712 270
MEDICO GENERAL
victorjimenezperez@hotmail.com
JOSE LEONARDO CORTES RODRIGUEZ 5 → 19 267 378
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
leoco180359@gmail.com
EDGAR GARZÓN RUBIO 6 → 179 080
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
edgargarzon63@hotmail.com
OBDELIA CUBIDES ESPINOSA 7 → 51 871 611
AUXILIAR ÁREA SALUD
obdecues1967@gmail.com
CLARA INES GALVIS CASTILLO 8 → 52 188 316
AUXILIAR AREA SALUD
claraigalvis@hotmail.com
ADENIS MARIA ALVAREZ MAZO 9 → 51.675 632
ENFERMERO
adenis31@yahoo.com
AGUSTIN VIRGILIO AMARIS IBAÑEZ 10 → 19.434 800
ENFERMERO
agamaris1@gmail.com
JAIME ALBERTO GOENAGA TRUJILLO 11 → 72161935
MEDICO ESPECIALISTA
jaimegoenaga@yahoo.com; jagt69@hotmail.com

ASUNTO: COMUNICACIÓN MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO DE FECHA 16 DE FEBRERO DE 2022 - PERMISO SINDICAL. ASAMBLEA PERMANENTE

De manera atenta me permito informarles que les ha sido concedido permiso sindical para los días miércoles veintidós (22) y jueves veintitrés (23) de febrero de 2022, con el fin que

puedan asistir y participar en la Asamblea Permanente como miembros de la Junta Directiva del Sindicato de Trabajadores de la Subred Sur Occidente – SINTRAHOSKEN.

Cordialmente,

MÓNICA ADRIANA FLÓREZ BONILLA
Director Operativo
Dirección de Gestión del Talento Humano

Copia: Organización Sindical – Dirección de Servicios Hospitalarios – Sistemas de Información TIC – Dirección Administrativa – Dirección de Servicio de Urgencias – Dirección Financiera

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.				
Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Aprobado por:	Mónica Adriana Flórez Bonilla	Director Operativo - Dirección de Gestión del Talento Humano		17/02/2022
Revisado por:	Mónica Adriana Flórez Bonilla	Director Operativo - Dirección de Gestión del Talento Humano		17/02/2022
Elaborado por:	Ivonne Natalia Rojas Martín	Profesional Especializado I - OPS		17/02/2022

RV: Permisos sindical para asamble permanete

Monica Adriana Florez Bonilla <dirthumano@subredsuroccidente.gov.co>
Mié 16/02/2022 12:54
Para: Ivonne Natalia Rojas Martin <profesionaltalentohumano3@subredsuroccidente.gov.co>
CC: gransolcentral9@gmail.com <gransolcentral9@gmail.com>

Buenos días Nata:

Remito para tu conocimiento y gestión pertinente.

Gracias.

Cordialmente,

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

Mónica Adriana Flórez Bonilla
Director Operativo
Dirección de Gestión del Talento Humano
Subred Sur Occidente E.S.E.
Tel: 5551347 Ext. 1900

De: Sintrahosken subredsuroccidente <sintrahoskensubredsuroccidente@gmail.com>
Enviado: miércoles, 16 de febrero de 2022 12:51
Para: Monica Adriana Florez Bonilla <dirthumano@subredsuroccidente.gov.co>; Ivonne Natalia Rojas Martin <profesionaltalentohumano3@subredsuroccidente.gov.co>
Asunto: Permisos sindical para asamble permanete

Doctora:
Mónica Adriana Flórez Bonilla
Dirección de Gestión del Talento Humano
Subred Suroccidente E.S. E.

Asunto: Permiso Sindical 15 de Diciembre

Por medio del presente nos dirigimos a usted para solicitar su valiosa colaboración con el fin de obtener permiso sindical los días 22 y 23 de Febrero para siguientes miembros de la Junta Directiva y poder participar en la asamblea permanente que se llevará a cabo los días 21,22 y 23 de Febrero del presente año; donde se realizará la aprobación de los pliego por parte de nuestros afiliados los que serán presentados a la administración.

Miembros Junta Directiva.

~~JAIME ALBERTO GOENAGA~~ 1
~~AGUSTÍN VIRGILIO AMARIS~~ 2
~~ADENIS ALVAREZ MAZO~~ 3
~~CLARA INES GALVIS~~ 4

~~OBDELIA CUBIDES ESPINOSA~~ 5
~~EDGAR GARZON RUBIO~~ 6
~~JOSE LEONARDO CORTES~~ 7
~~VICTOR JIMENEZ PEREZ~~ 8
~~NELSON PEREZ LUNA~~ 9
~~JORGE ENRIQUE AGUIRRE L~~ 10
~~GINA PAOLA CALDERON OSTON~~ 11

cordialmente,

JORGE ENRIQUE AGUIRRE LOZANO
Secretaria General
SINTRAHOSKEN-CUT
sindicato de Trabajadores de la Subred sur Occidente.

PERMISO SINDICAL ASAMBLEA PERMANTENTE - SINTRAHOSKEN

Ivonne Natalia Rojas Martin <profesionaltalentohumano3@subredsuroccidente.gov.co>

Lun 21/02/2022 8:13

Para: gipaocladeron25@gmail.com <gipaocladeron25@gmail.com>; jealaguirre@hotmail.com <jealaguirre@hotmail.com>; malejop33@yahoo.es <malejop33@yahoo.es>; nelsonperezluna@gmail.com <nelsonperezluna@gmail.com>; victorjimenezperez@hotmail.com <victorjimenezperez@hotmail.com>; leoco180359@gmail.com <leoco180359@gmail.com>; edgargarzon63@hotmail.com <edgargarzon63@hotmail.com>; obdecues1967@gmail.com <obdecues1967@gmail.com>; claraigalvis@hotmail.com <claraigalvis@hotmail.com>; adenis31@yahoo.com <adenis31@yahoo.com>; agamaris1@gmail.com <agamaris1@gmail.com>; jaimegoenaga@yahoo.com <jaimegoenaga@yahoo.com>; jagt69@hotmail.com <jagt69@hotmail.com>

CC: sintrahoskensubredsuroccidente@gmail.com <sintrahoskensubredsuroccidente@gmail.com>; CLAUDIA QUINTERO <apoyodireccionhospitalaria1@subredsuroccidente.gov.co>; Diana Lucero Pardo Camacho <apoyodireccionhospitalaria2@subredsuroccidente.gov.co>; Miguel Mojica Mugno <jefesistemas@subredsuroccidente.gov.co>; Tatiana Eugenia Marin Salazar <diradministrativa@subredsuroccidente.gov.co>; Juan Manuel Mendieta <directorurgencias@subredsuroccidente.gov.co>; Orlando Martinez Henao <dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co>; liderestерilización@subredsuroccidente.gov.co <liderestерilización@subredsuroccidente.gov.co>; liderinstrumentación@subredsuroccidente.gov.co <liderinstrumentación@subredsuroccidente.gov.co>; ANDRES GONZALEZ <referentetecnicocirugia@subredsuroccidente.gov.co>; Lady Hicel Moreno Ortegón <Lidersedes5@subredsuroccidente.gov.co>; Daisy Mercedes Borrero Campos <lidersedes14@subredsuroccidente.gov.co>; Martha Lozano <secretariatics1@subredsuroccidente.gov.co>; Gloria Patricia Bogoya <secretariatics2@subredsuroccidente.gov.co>; Esteisy Katherine Navas Uribe <apoyourgencias@subredsuroccidente.gov.co>; Diana Maritza Beltran Bejarano <liderenfermeriaurgencias@subredsuroccidente.gov.co>; apoyodireccionurgencias@subredsuroccidente <apoyodireccionurgencias@subredsuroccidente>; Pioquinto aleman saldaña <lidercreat@subredsuroccidente.gov.co>; Francy Ramirez <apoyocreat@subredsuroccidente.gov.co>; Diana Carolina Montero <referenteenfermeriamaternoperinatal@subredsuroccidente.gov.co>; JERSON SILVA VASCO <referentepediatria@subredsuroccidente.gov.co>; Jorge Enrique Soler Duque <lidersedes15@subredsuroccidente.gov.co>; ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR <referentemedicinainterna@subredsuroccidente.gov.co>; DORIS ALDANA <secretariamedicinainterna@subredsuroccidente.gov.co>; Monica Adriana Florez Bonilla <dirthumano@subredsuroccidente.gov.co>

1 archivos adjuntos (1 MB)

ASMABLEA PERMANENTE - SINTRAHOSKEN.pdf;

Bogotá D.C. 21 de febrero de 2022

Señores
GINA PAOLA CALDERON OSTOS
JORGE ERIQUE AGUIRRE LOZANO
JOSE NELSON PEREZ LUNA
VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
JOSE LEONARDO CORTES RODRIGUEZ
EDGAR GARZON RUBIO
OBDELIA CUBIDES ESPINOSA
CLARA INES GALVIS CASTILLO
ADENIS MARIA ALVAREZ MAZO
AGUSTIN VIRGILIO AMARIS IBAÑEZ
JAIME ALBERTO GOENAGA TRUJILLO

De manera atenta les informo que les fue concedido permiso sindical para los días martes 22 de febrero y miércoles 23 de febrero de 2022, para que asistan y participen en la Asamblea Permanente como miembros de la Junta Directiva del Sindicato - SINTRAHOSKEN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES A L[illegible]S
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formato)

compensar eps salud

Distribución gratuita prohibida su venta

Radicado No. 5[illegible]

I. Tipo de Trámite — A. Afiliación [X] B. Novedad [ ]

0. Fecha de radicación	A. Afiliación: 1. Tipo de Afiliación (Individual / Colectiva)	2. Clase de Afiliación (Nuevo / Reingreso / Reintegro / Traslado)	3. Tipo de cotizante	B. Novedad: Adición	Código de Novedad
[illegible]		Reingreso [X]			

II. Datos Cotizante

4. Nombres y apellidos completos									
GAIDERON	OSTOS	SILVA	PAOLA						
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	1030545208	[illegible]	F	SOLTERA					
13. Dirección de residencia				14. Barrio		15. Zona			
TV 98 bis # 91-89 SUR				JOSE PERDOMO 3					
16. Ciudad/Municipio	17. Cód. Ciudad/Municipio	18. Departamento		19. Teléfono		20. Celular			
BOGOTA		CUNDINAMARCA		2736457		3112135694			
21. Correo electrónico		22. EPS anterior		23. Código EPS anterior		24. Mes de aporte			
				[illegible]		[illegible]			

III. Información de beneficiarios

Beneficiario	26. No. de identificación	27. Nombres y apellidos completos	28. Sexo	29. Parentesco	30. Fecha de nacimiento (Año Mes Día)	31. Nivel educativo	32. EPS anterior	33. Cód. EPS anterior	34. UPC	35. Tipo discapacid.	C. Cód. Novedad Benefic.
B1											
B2											
B3											
B4											

Beneficiario	36. Dirección de residencia	37. Barrio	38. Zona	39. Teléfono	40. Ciudad/ Municipio	41. Departamento	42. Nombre IPS	43. Cód. IPS	44. Clase de afiliación Beneficiarios: Nuevo	Reingreso	Reintegro	Traslado
B1												
B2												
B3												
B4												

IV. Información para beneficiarios UPC adicional

45. UPC adicional

Número de benef.	B1 B2 B3 B4	Fecha inicio UPC	Valor mensual de la UPC	Número de benef.	B1 B2 B3 B4	Fecha inicio UPC	Valor mensual de la UPC

V. Información del empleador y/o entidad pensionadora

46. TD	47. No. de identificación	48. DV	49. Nombre o razón social	50. Dependencia	51. Centro de costo
	800196959-3		Hospital Materno Infantil de Kennedy		

52. [illegible]	53. AFP	54. Dirección empresa	55. Ciudad empresa	56. Teléfono empresa
[illegible]	ISS	CR 80 73D + 36 - 13	BOGOTA	4533933

57. Fecha ingreso a la empresa	58. Tipo salario	59. Cargo	60. Cód. cargo	61. Ingreso base cotización o mesada pensional	62. Número afiliación al ISS (Diligencie sólo para pensionados ISS)
[illegible]		[illegible]		[illegible]	

VI. Información exclusiva trabajador independiente o contratista

63. Vivienda	64. Nivel educativo	65. Posición ocupacional	66. Productor agropecuario	67. Actividad económica	68. AFP	69. ARP

70. [illegible]eso base de cotización	71. Cotización	72. Información exclusiva contratista	Inicio contrato

VII. Declaraciones juramentadas (diligencie sólo para hijos mayores de 18 años, padres, cónyuge y compañero(a) permanente)

[ ] **Dependencia económica:** Bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) beneficiario(s) reportado(s) depende(n) económicamente de mí. Decreto 1703, Art. 3, Item 2.8

[ ] **Convivencia:** Bajo la gravedad de juramento, como cotizante declaro que convivo hace _____ meses con el (la) Sr (a)_____ identificado(a) con _____ número _____ expedida en _____ (Cotizante firma en el numeral 81)

Firma del compañero(a) permanente | No. Documento | Huella compañero(a)

VIII. Observaciones y Anexos

73. Observaciones

74. Documentación

	AG	CA	CC	CE	CN	CP	DJ	DP	EC	FP	HC	ML	MP	PA	RC	RM	RP	RS	SD	TI	CD
CT																					
B1																					
B2																					
B3																					
B4																					

IX. Indicaciones (Antes de firmar lea con atención y escriba en el cuadro S (si) o N (no), estos campos son de diligenciamiento obligatorio).

[S] * Autorizo a esta EPS el envío de información por correo electrónico y al celular por mensaje de texto.

[S] * Declaro en calidad de cotizante que junto con el (los) beneficiario(s) reportado(s) no estamos afiliados a otra EPS.

[S] * Declaro que he sido informado (a) clara y concisamente a través de los medios informativos de esta EPS en todos los aspectos referentes al diligenciamiento de este formato, proceso de adición de beneficiarios y tarifas de UPC.

[S] * Declaro que la EPS me entregó la carta de derechos del afiliado y del paciente y me informó que cualquier actualización la puedo consultar en la página web de la EPS o en la central telefónica.

[S] * Declaro que en caso que se incumplan los pagos de UPC Adicional, esta EPS podrá declarar insubsistentes los plazos y cuotas que constituyen la mora y así mismo exigir el pago inmediato judicial o extrajudicialmente.

[ ] * Declaro que mi cónyuge o compañero(a) cotiza: TD_____ No._____

[ ] * Declaro que el cabeza de grupo familiar se identifica con: TD_____ No._____

B

01 MAR 2012

SANDRA PATRICIA VARGAS R
SUJETO A VERIFICACIÓN

1030[illegible]

75. Firma del cotizante y documento de identidad

76. Firma y sello empleador

FOR-VTA-001

Todo niño que nazca quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre de acuerdo a lo establecido en el artículo 163 parágrafo 2 de la Ley 100 de 1993

78. Código del Asesor:

Original: EPS Copia 1: Afiliado Copia 2: Empleador - Entidad Pensionadora

"RECUERDE DILIGENCIAR EL ESTADO DE SALUD AL RESPALDO DE ESTA PÁGINA"

Impreso por: cdopapeles S.A. NIT. 860.028.580-2 www.cdopapeles.com 88183

compensar

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Marque con una equis (X) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso.

[X] Inscripción del trabajador [ ] Modificación

[ ] Traslado [ ] Reintegro En el mismo mes Si [ ] No [ ]

Indique última fecha de retiro:

ICONTEC CERTIFICADO DE GESTION DE LA CALIDAD

CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

Formato de Inscripción de Trabajadores

1. Datos del trabajador

Tipo y número de identificación: [X] C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A. — 1030545205

Sexo: [ ] M [X] F

Estado civil: [ ] Casado(a) [X] Soltero(a) [ ] Unión libre [ ] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Divorciado(a)

Uso exclusivo de Compensar: R N 1 LOE | R N 3 LTM | R N 4 DPN | R N 5 STS | R N

Causal no aceptación:

Primer apellido: Calderon

Segundo apellido: Ostos

Nombres: Gina Paola

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): 1988 05 02

Teléfono: 2736457

Dirección residencia: Trans V 78 I 81 5 # 41-94 Sur

Barrio: los periodistas

Ciudad: Bogotá

Fecha ingreso a la empresa (AAAA/MM/DD): 2012 03 07

Horas labor mes: 182

Cargo: TEC. A. SALUD

Sueldo básico: 1571841

En caso de cambio en el No. de identificación, escriba el anterior: _____

Si el trabajador labora simultaneamente con otra empresa anótela aqui:

Sueldo básico:

2. Datos del empleador (Diligencie en letra clara y legible)

Nombre o razón social: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL

Teléfono: 4533758

NIT C.C. o C.E.: 800196139-3

Dependencia:

Centro de costo:

3. Datos del cónyuge o compañero(a) permanente

Adición [ ]

Tipo y número de identificación: [ ] C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A.

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombres:

Retiro [ ]

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD):

Empresa donde trabaja o actividad económica:

Caja de compensación a la cual está afiliado(a):

Sueldo básico:

Recibe subsidio: Si [ ] No [ ]

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escriba el número anterior o errado: _____

Bajo la gravedad de juramento declaro que este informe ha sido examinado por mí y que todos los datos son exactos.

Gina Paola Calderón Ostos

Firma del trabajador(a)
C.C., T.I., P.A. o C.E. No. 1030545205

Firma y sello del empleador

compensar 01 MAR 2012 557 ANDREA PARRA ALDANA SUJETO A VERIFICACIÓN

Observaciones: _____

La información de este formato está sujeta a verificación

Original - Compensar Copia - Empleador FOR-HEG-0033

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CUR Y CEF.

Impreso.doc Litopelículas S.A. NIT. 860.028.580-3 www.litopeliculas.com 67361

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 41 BOGOTÁ D.C.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP

Indicativo Serial 60694886

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría | Notaría X | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código A 4 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 41 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENDEZ	CALDERON

Nombre(s)

JANA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes FEB Día 28	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15802364-5

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CALDERON OSTOS GINA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1030545205	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MENDEZ MURILLO NILSON HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1030546638	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENDEZ MURILLO NILSON HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1030546638	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes FEB Día 29	ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE Notario 41 Bogotá D.C. Nombre y firma

Reconocimiento de interno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Notaría 41 en Propiedad

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS FOLIO 155;29/02/2020

Nº 54274

Angela Sirley Mayorga Fonseca
CC 52.065.095

Nilson Humberto Murillo

NOTARÍA 41 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
Cra. 15 No. 75-09 Bogotá, D.C. PBX: 212 5720 Tel.: 814 1441 Fax: 2865571
notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41@notaria41bogota.com
Página web: www.notaria41bogota.com

Esta hoja hace parte integral de su trazabilidad. Ingrese por su computadora o smartphone (teléfono inteligente) a un aplicativo lector de código QR

Scanned with CamScanner

FORMULARIO DE AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Seguro Social Pensiones

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYUSCULA E IMPRENTA, SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS Y EN TINTA NEGRA

DEPENDIENTE [X] INDEPENDIENTE [ ]

SECCIONAL	OFICINA
PROMOTOR	CODIGO PROMOTOR

011026 - 02/03/2012 12:13:27 P.M.
BOGOTA X CAD (11009)
Tr.Ingreso Normal
La confirmacion de su tramite sera enviada por su AFP de origen
011026 - 02/03/2012 12:13:27 P.M.
CONSECUTIVO FECHA RADICACION

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

TIPO DOC. NUIP [ ] C [X] N [ ] T [ ] E [ ] P [ ] R [ ] DV — Nº DE DOCUMENTO 1030545205

PRIMER APELLIDO: Calderón
SEGUNDO APELLIDO: Ostos
PRIMER NOMBRE: Gina
SEGUNDO NOMBRE: Paola

FECHA NACIMIENTO AÑO 1988 MES 05 DIA 02 — SEXO M [ ] F [X]

MUNICIPIO DE NACIMIENTO: Bogotá — DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO: Cundinamarca
NACIONALIDAD: Colombia — INGRESO MENSUAL: 1571841 — SALARIO INTEGRAL SI [ ] NO [X] — ES EMPLEADOR SI [ ] NO [X]
DIRECCION RESIDENCIA: Transv 78 IBis #41-94sur
MUNICIPIO: Bogotá — DEPARTAMENTO: Cundinamarca
TELEFONO: 2736457 — OCUPACION U OFICIO: TEC. AREA SALUD — CODIGO: 5149
CORREO ELECTRONICO:

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

TIPO DOC. NUIP [ ] C [ ] N [X] T [ ] E [ ] P [ ] DV — Nº DE DOCUMENTO 800196939-3
RAZON SOCIAL O NOMBRE: Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
DIRECCION: Carrera 73 D Nº 36 - 13
MUNICIPIO: BOGOTA — DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
TELEFONO: 4533758 — SUCURSAL: 001 — NATURALEZA PUBLICA [ ] PRIVADA [X] — LA EMPRESA REALIZA ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO SI [ ] NO [X]

III. INFORMACION DE BENEFICIARIOS

① TIPO DOC. NUIP [ ] C [ ] N [ ] T [ ] E [ ] P [ ] R [ ] DV — Nº DE DOCUMENTO
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
NOMBRES
FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA
SEXO M [ ] F [ ] — CODIGO PARENTESCO 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] — TIPO NOV. INGRESO [ ] MODIFICACION [ ] RETIRO [ ]

② TIPO DOC. NUIP [ ] C [ ] N [ ] T [ ] E [ ] P [ ] R [ ] DV — Nº DE DOCUMENTO
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
NOMBRES
FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA
SEXO M [ ] F [ ] — CODIGO PARENTESCO 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] — TIPO NOV. INGRESO [ ] MODIFICACION [ ] RETIRO [ ]

③ TIPO DOC. NUIP [ ] C [ ] N [ ] T [ ] E [ ] P [ ] R [ ] DV — Nº DE DOCUMENTO
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
NOMBRES
FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA
SEXO M [ ] F [ ] — CODIGO PARENTESCO 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] — TIPO NOV. INGRESO [ ] MODIFICACION [ ] RETIRO [ ]

IV. VINCULACION A PENSIONES

TIPO NOVEDAD: ACTUALIZACION [ ] AFILIACION PRIMERA VEZ [ ] TRASLADO DE REGIMEN [ ] TRASLADO DE ENTIDAD DIFERENTE [X]
HA COTIZADO MAS DE 260 SEMANAS A LAS CAJAS O FONDOS SI [ ] NO [ ]
SI MARCO TRASLADO INDIQUE ADMINISTRADORA DE PENSIONES ANTERIOR: ING — CODIGO
SUBSIDIADO SI [ ] NO [ ] — EL AFILIADO DEBE COTIZAR BAJO EL REGIMEN ESPECIAL DE PENSIONES SI [ ] NO [ ] CUAL REGIMEN? — CODIGO
TARIFA CON LA QUE DEBE COTIZAR: % — HAGO CONSTAR QUE LA ELECCION DEL REGIMEN SOLIDARIO DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA LA HE EFECTUADO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEAY SIN PRESIONES, MANIFIESTO QUE HE ELEGIDO AL INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL PARA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES Y QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS

Gina Paola Calderón
FIRMA DEL SOLICITANTE

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

HILTON JOSE HERNANDEZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA SEGUN RADICACION No. 98045070-10

ISS - PENSIONES / EMPLEADOR - VINCULADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIAN

CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES
AÑO GRAVABLE 2012

220

Espacio reservado para la DIAN | 4. Número de formulario: 78

Retenedor

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV.	7. 1er apellido	8. 2° apellido	9. 1er nombre	10. 2° nombre
8 0 0 1 9 6 9 3 9 -	3				

11. Razón social: **HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

Asalariado

24. Cod. Tipo de documento	25. Número de identificación:	Apellidos y nombres
13	1030545205	CALDERON OSTOS GINA PAOLA

PERIODO DE LA CERTIFICACION							32. FECHA EXPEDICION			33. LUGAR DONDE SE PRACTICO LA RETENCION	34. Cód. Dpto.	35. Ciudad/Municipio
	AÑO	MES	DIA		AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA			
DE:	2012	3	1	A:	2012	12	31	2013	03	15	Bogotá D.C.	1 1	0 0 1

NÚMERO DE AGENCIAS, SUCURSALES, FILIALES O SUBSIDIARIAS DE LA EMPRESA RETENEDORA Y CUYOS MONTOS SE CONSOLIDAN:

CONCEPTO DE LOS INGRESOS	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$20389683
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas	$0
Gastos de representación	$0
Pensiones de jubilación, vejes o invalidez	$0
Otros ingresos originados en la relación laboral	$2866326
Total de ingresos brutos	**$23256009**
Aportes obligatorios por salud	$752715
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional	$800652
Aportes voluntarios, a fondos de pensiones y cuentas AFC.	$0
Valor de la retención en la fuente por salarios y demás pagos laborales	**$0**

Firma del Retenedor

DATOS A CARGO DEL ASALARIADO

CONCEPTO DE LOS INGRESOS	VALOR RECIBIDO	VALOR RETENIDO
Arrendamientos		
Honorarios, comisiones y servicios		
Rendimientos financieros		
Enajenación de activos fijos		
Loterías, rifas, apuestas y similares		
Otros		
Totales	**$ 0**	**$ 0**
Total Retenciones año gravable 2012		**$0**

IDENTIFICACION DE LOS BIENES POSEIDOS	VALOR PATRIMONIAL
Deudas vigentes a 31 de diciembre de 2012	$

IDENTIFICACION DE LAS PERSONAS LEGALMENTE A CARGO

C.C. Ó NIT.	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO

CERTIFICO QUE DURANTE EL AÑO GRAVABLE DE 2012:

1. Por lo menos el 80% de mis ingresos brutos provinieron de una relación laboral o legal y reglamentaria.
2. Mi patrimonio bruto era igual o inferior a cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($117.220.500)
3. No fui responsable del impuesto sobre las ventas.
4. Mis ingresos totales fueron iguales o inferiores a cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT. ($106.097.600).
5. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($72.937.200)
6. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($72.937.200)
7. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($117.220.500).

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado apresentar declaración de renta y complementarios por el año gravable 2012.

Firma del asalariado:

Original: asalariado

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementarios para los asalariados que lo firmen.

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN

RTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES PARA PERSONAS NATURALES EMPLEADOS AÑO GRAVABLE 2013

220

2

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario
862

Retenedor

5.Número de Identificación Tributaria (NIT):										6. DV.	7. 1er apellido	8. 2° apellido	9. 1er nombre	10. 2° nombre
8	0	0	1	9	6	9	3	9	-	3				

11. Razón social
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Empleado

24. Cod. Tipo de documento	25. Número de identificación:	Apellidos y nombres
13	1030545205	CALDERON OSTOS GINA PAOLA

PERIODO DE LA CERTIFICACION							32. FECHA EXPEDICION			33. LUGAR DONDE SE PRACTICO LA RETENCION	34. Cód. Dpto.	35. Ciudad/Municipio
	AÑO	MES	DIA		AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA			
DE:	2013	1	1	A:	2013	12	31	2014	03	15	Bogotá D.C.	11	001

36. NÚMERO DE AGENCIAS, SUCURSALES, FILIALES O SUBSIDIARIAS DE LA EMPRESA RETENEDORA Y CUYOS MONTOS SE CONSOLIDAN:

Concepto de los ingresos	Valor
Pagos al empleado	$20683548
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas en el periodo	$1741446
Gastos de representación	$0
Pensiones de jubilación, vejes o invalidez	$0
Otros ingresos como empleado	$11500918
Total de ingresos brutos	**$33925912**
Aportes obligatorios por salud	$1042621
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional	$1120672
Aportes voluntarios, a fondos de pensiones y cuentas AFC.	$0
Valor de la retención en la fuente por pagos al empleado	**$0**

Nombre del pagador o agente retenedor

RODRIGO JOSÈ GÒMEZ OCAMPO

Datos a cargo del asalariado

Concepto de los ingresos	Valor recibido	Valor retenido
Arrendamientos		
Honorarios, comisiones y servicios		
Rendimientos financieros		
Enajenación de activos fijos		
Loterias, rifas, apuestas y similares		
Otros		
Totales	$ 0	$ 0
Total Retenciones año gravable 2013		**$0**

Identificación de los bienes poseídos	Valor Patrimonial
Deudas vigentes a 31 de diciembre de 2013	$

Identificación de las personas dependientes de acuerdo al paragrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario

C.C. Ó NIT.	Apellidos y Nombres	Parentesco

Certifico que durante el año gravable de 2013:

1. Mi patrimonio bruto era igual o inferior a cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($120.785.000)
2. No fui responsable del impuesto sobre las ventas.
3. Mis ingresos brutos fueron inferiores a Mil Cuatrocientas (1.400) UVT. ($37.577.000).
4. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($75.155.000)
5. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($75.155.000)
6. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($120.785.000).

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por el año gravable 2013.

Firma del empleado:

Original: asalariado

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementarios para los asalariados que lo firmen.

Gina Calderón
02-10-14
10:55 AM

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES PARA PERSONAS NATURALES EMPLEADOS AÑO GRAVABLE 2013

220

Espacio reservado para la DIAN	4. Número de formulario 862

Retenedor

5.Número de Identificación Tributaria (NIT):										6. DV.	7. 1er apellido	8. 2° apellido	9. 1er nombre	10. 2° nombre
8	0	0	1	9	6	9	3	9	-	3				

11. Razón social

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Empleado

24. Cod. Tipo de documento	25. Número de identificación:	Apellidos y nombres
13	1030545205	CALDERON OSTOS GINA PAOLA

PERIODO DE LA CERTIFICACION							32. FECHA EXPEDICION			33. LUGAR DONDE SE PRACTICO LA RETENCION	34. Cód. Dpto.		35. Ciudad/Municipio		
	AÑO	MES	DIA		AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA					
DE:	2013	1	1	A:	2013	12	31	2013	03	15	Bogotá D.C.	1	1	0	0	1

6. NÚMERO DE AGENCIAS, SUCURSALES, FILIALES O SUBSIDIARIAS DE LA EMPRESA RETENEDORA Y CUYOS MONTOS SE CONSOLIDAN:

Concepto de los ingresos	Valor
Pagos al empleado	$20683548
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas en el periodo	$1741446
Gastos de representación	$0
Pensiones de jubilación, vejes o invalidez	$0
Otros ingresos como empleado	$11500918
Total de ingresos brutos	**$33925912**
Aportes obligatorios por salud	$1042621
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional	$1120672
Aportes voluntarios, a fondos de pensiones y cuentas AFC.	$0
Valor de la retención en la fuente por pagos al empleado	**$0**

Nombre del pagador o agente retenedor

RODRIGO JOSÈ GOMEZ OCAMPO

Datos a cargo del asalariado

Concepto de los ingresos	Valor recibido	Valor retenido
Arrendamientos		
Honorarios, comisiones y servicios		
Rendimientos financieros		
Enajenación de activos fijos		
Loterias, rifas, apuestas y similares		
Otros		
Totales	**$ 0**	**$ 0**
Total Retenciones año gravable 2013		**$0**

Identificación de los bienes poseídos	Valor Patrimonial
Deudas vigentes a 31 de diciembre de 2013	$

Identificación de las personas dependientes de acuerdo al parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario

C.C. Ó NIT.	Apellidos y Nombres	Parentesco

Certifico que durante el año gravable de 2013:

1. Mi patrimonio bruto era igual o inferior a cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($120.785.000)
2. No fui responsable del impuesto sobre las ventas.
3. Mis ingresos brutos fueron inferiores a Mil Cuatrocientas (1.400) UVT. ($37.577.000).
4. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($75.155.000)
5. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($75.155.000)
6. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($120.785.000).

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por el año gravable 2013.

Firma del empleado:

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
COORDINACIÓN GENERAL DE CIRUGÍA
FECHA: Abril 10 2014
HORA: 4:30 pm
RECIBIDO POR: Gloria BC

Original: asalariado

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementarios

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN

CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES
PARA PERSONAS NATURALES EMPLEADOS
AÑO GRAVABLE 2014

220

Espacio reservado para la DIAN	4. Número de formulario	452

Retenedor

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV.	7. 1er apellido	8. 2° apellido	9. 1er nombre	10. 2° nombre
8 0 0 1 9 6 9 3 9 -	3				

11. Razón social

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Empleado

24. Cod. Tipo de documento	25. Número de identificación:	Apellidos y nombres
13	1030545205	CALDERON OSTOS GINA PAOLA

PERIODO DE LA CERTIFICACION							32. FECHA EXPEDICION			33. LUGAR DONDE SE PRACTICO LA RETENCION	34. Cód. Dpto.	35. Ciudad/Municipio
	AÑO	MES	DIA		AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA			
DE:	2014	1	1	A:	2014	12	31	2015	03	13	Bogotá D.C.	1 1	0 0 1

36. NÚMERO DE AGENCIAS, SUCURSALES, FILIALES O SUBSIDIARIAS DE LA EMPRESA RETENEDORA Y CUYOS MONTOS SE CONSOLIDAN:

Concepto de los ingresos	Valor
Pagos al empleado	$21242808
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas en el periodo	$0
Gastos de representación	$0
Pensiones de jubilación, vejes o invalidez	$0
Otros ingresos como empleado	$11552510
Total de ingresos brutos	**$32795318**
Aportes obligatorios por salud	$1068467
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional	$1148957
Aportes voluntarios, a fondos de pensiones y cuentas AFC.	$0
Valor de la retención en la fuente por pagos al empleado	**$0**

Nombre del pagador o agente retenedor

RODRIGO JOSÈ GOMEZ OCAMPO

Datos a cargo del asalariado

Concepto de los ingresos	Valor recibido	Valor retenido
Arrendamientos		
Honorarios, comisiones y servicios		
Rendimientos financieros		
Enajenación de activos fijos		
Loterías, rifas, apuestas y similares		
Otros		
Totales	$ 0	$ 0
Total Retenciones año gravable 2014		**$0**

Identificación de los bienes poseídos	Valor Patrimonial
Deudas vigentes a 31 de diciembre de 2014	$

Identificación de las personas dependientes de acuerdo al parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario

C.C. Ó NIT.	Apellidos y Nombres	Parentesco

Certifico que durante el año gravable de 2014:

1. Mi patrimonio bruto era igual o inferior a cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($123.683.000)
2. No fui responsable del impuesto sobre las ventas (En el régimen común).
3. Mis ingresos brutos fueron inferiores a Mil Cuatrocientas (1.400) UVT. ($38.479.000).
4. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($76.958.000)
5. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($76.958.000)
6. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($123.683.000).

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por el año gravable 2014.

Firma del empleado:

Original: asalariado

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementarios para los asalariados que lo firmen.

31 MARZO/15
05:00 PM
OSCOL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DIAN

CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES PARA PERSONAS NATURALES EMPLEADOS AÑO GRAVABLE 2015

220

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 397

Retenedor

5.Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV.	7. 1er apellido	8. 2° apellido	9. 1er nombre	10. 2° nombre
8 0 0 1 9 6 9 3 9 -	3				

11. Razón social: **HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

Empleado

24. Cod. Tipo de documento	25. Número de identificación:	Apellidos y nombres
13	1030545205	CALDERON OSTOS GINA PAOLA

PERIODO DE LA CERTIFICACION							32. FECHA EXPEDICION			33. LUGAR DONDE SE PRACTICO LA RETENCION	34. Cód. Dpto.	35. Ciudad/Municipio
	AÑO	MES	DIA		AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA			
DE:	2015	01	01	A:	2015	12	31	2016	03	11	Bogotá D.C.	11	001

36. NÚMERO DE AGENCIAS, SUCURSALES, FILIALES O SUBSIDIARIAS DE LA EMPRESA RETENEDORA Y CUYOS MONTOS SE CONSOLIDAN:

Concepto de los ingresos	Valor
Pagos al empleado	$22542572
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas en el periodo	$0
Gastos de representación	$0
Pensiones de jubilación, vejes o invalidez	$0
Otros ingresos como empleado	$12566370
Total de ingresos brutos	**$35108942**
Aportes obligatorios por salud	$1121316
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional	$1204228
Aportes voluntarios, a fondos de pensiones y cuentas AFC.	$
Valor de la retención en la fuente por pagos al empleado	**$0**

Nombre del pagador o agente retenedor

VICTOR RAUL VENEGAS ANZOLA

Pagos efectuados por terceros

Concepto de los ingresos	Valor recibido	Valor retenido
Arrendamientos		
Honorarios, comisiones y servicios		
Rendimientos financieros		
Enajenación de activos fijos		
Loterías, rifas, apuestas y similares		
Otros		
Totales	**$ 0**	**$ 0**

Total Retenciones año gravable 2015 **$0**

Identificación de los bienes poseídos **Valor patrimonial**

Deudas vigentes a 31 de diciembre de 2015 $

Identificación de las personas con quienes el trabajador realizó el contrato de trabajo de que trata el artículo 103 del Estatuto Tributario

C.C. O NIT.	Apellidos y Nombres	Parentesco

Certifico que durante el año gravable de 2015:

1. Mi patrimonio bruto era igual o inferior a cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($127.256.000)
2. No fui responsable del impuesto sobre las ventas (En el régimen común).
3. Mis ingresos brutos fueron inferiores a Mil Cuatrocientas (1.400) UVT. ($39.591.000).
4. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($79.181.000)
5. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($79.181.000)
6. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($127.256.000).

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por el año gravable 2015.

Firma del empleado:

Original: asalariado NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementarios para los asalariados que lo firmen.

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
COORDINACIÓN SALAS DE CIRUGÍA
FECHA: 11-04-16
HORA: 1+45 pm
RECIBIDO POR: Audrea B

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES PARA PERSONAS NATURALES EMPLEADOS AÑO GRAVABLE 2016

220

Espacio reservado para la DIAN	4. Número de formulario
	664

Retenedor

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):											6. DV.	7. 1er apellido	8. 2° apellido	9. 1er nombre	10. 2° nombre
9	0	0	9	5	9	0	4	8	-		4				

11. Razón social

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Empleado

24. Cod. Tipo de documento	25. Número de identificación:	Apellidos y nombres
13	1030545205	CALDERON OSTOS GINA PAOLA

PERIODO DE LA CERTIFICACION							32. FECHA EXPEDICION			33. LUGAR DONDE SE PRACTICO LA RETENCION	34. Cód. Dpto.	35. Ciudad/Municipio
	AÑO	MES	DIA		AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA			
DE:	2016	08	01	A:	2016	12	31	2017	03	15	Bogotá D.C.	11	001

36. Número de agencias, sucursales, filiales o subsidiarias de la empresa retenedora cuyos montos de retención se consolidan:

Concepto de los ingresos	Valores
Pagos al empleado	$15527565
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas en el periodo	$0
Gastos de representación	$0
Pensiones de jubilación, vejes o invalidez	$0
Otros ingresos como empleado	$0
Total de ingresos brutos	**$15527565**
Aportes obligatorios por salud	$558869
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional	$520394
Aportes voluntarios, a fondos de pensiones y cuentas AFC	$0
Valor de la retención en la fuente por pagos al empleado	**$0**

Nombre del pagador o agente retenedor

MARIA ELIZABETH RODRIGUEZ ROA

SE OMITE FIRMA AUOGRAFA SEGÚN ARTICULO 10 DEL DECRETO REGLAMENTARIO 836 DE 1991

Datos a cargo del asalariado

Concepto de los ingresos	Valor recibido	Valor retenido
Arrendamientos		
Honorarios, comisiones y servicios		
Rendimientos financieros		
Enajenación de activos fijos		
Loterías, rifas, apuestas y similares		
Otros		
Totales	$ 0	$ 0
Total Retenciones año gravable 2016		**$0**

Identificación de los bienes poseídos	Valor Patrimonial
Deudas vigentes a 31 de diciembre de 2016	$

Identificación de las personas dependientes (Ley 1607/12, art. 2, del artículo 387 del Estatuto Tributario)

C.C. Ó NIT.	Apellidos y Nombres	Parentesco

Certifico que durante el año gravable de 2016:

1. Mi patrimonio bruto era igual o inferior a cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($133.889.000)
2. No fui responsable del impuesto sobre las ventas (En el régimen común).
3. Mis ingresos brutos fueron inferiores a Mil Cuatrocientas (1.400) UVT. ($ 41.654.000).
4. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($83.308.000)
5. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($83.308.000)
6. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($133.889.000).

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por el año gravable 2016.

Firma del empleado:

Original: asalariado

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementarios para los asalariados que lo firmen.

Zulma Gonzalez
23-03-17

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN

CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES PARA PERSONAS NATURALES EMPLEADOS AÑO GRAVABLE 2016

220

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 817

Retenedor

5.Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV.	7. 1er apellido	8. 2° apellido	9. 1er nombre	10. 2° nombre
8 0 0 1 9 6 9 3 9 -	3				

11. Razón social: **HOSPITAL DE KENNEDY III NIVEL DE ATENCIÓN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

Empleado

24. Cod. Tipo de documento	25. Número de identificación:	Apellidos y nombres
13	1030545205	CALDERON OSTOS GINA PAOLA

PERIODO DE LA CERTIFICACIÓN						32. FECHA EXPEDICION			33. LUGAR DONDE SE PRACTICO LA RETENCION	34. Cód. Dpto.	35. Ciudad/Municipio
	AÑO	MES	DIA		AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA			
DE:	2016	01	01	A:	2016	07	31	2017	03	15	Bogotá D.C.	11	001

36. Número de agencias, sucursales, filiales o subsidiarias de la empresa retenedora cuyos montos de retención se consolidan:

Concepto de los ingresos	Valor
Pagos al empleado	$22210568
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas en el periodo	$0
Gastos de representación	$0
Pensiones de jubilación, vejes o invalidez	$0
Otros ingresos como empleado	$0
Total de ingresos brutos	**$22210568**
Aportes obligatorios por salud	$699931
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional	$768778
Aportes voluntarios, a fondos de pensiones y cuentas AFC	$0
Valor de la retención en la fuente por pagos al empleado	**$0**

Nombre del pagador o agente retenedor

MARIA ELIZABETH RODRIGUEZ ROA

SE OMITE FIRMA AUOGRAFA SEGÚN ARTICULO 10 DEL DECRETO REGLAMENTARIO 836 DE 1991

Datos a cargo del asalariado

Concepto de los ingresos	Valor recibido	Valor retenido
Arrendamientos		
Honorarios, comisiones y servicios		
Rendimientos financieros		
Enajenación de activos fijos		
Loterías, rifas, apuestas y similares		
Otros		
Totales	$ 0	$ 0
Total Retenciones año gravable 2016		**$0**

Identificación de los bienes poseídos	Valor Patrimonial
Deudas vigentes a 31 de diciembre de 2016	$

Identificación de las personas dependientes de acuerdo al parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario

C.C. Ó NIT.	Apellidos y Nombres	Parentesco

Certifico que durante el año gravable de 2016:

1. Mi patrimonio bruto era igual o inferior a cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($133.889.000)
2. No fui responsable del impuesto sobre las ventas (En el régimen común).
3. Mis ingresos brutos fueron inferiores a Mil Cuatrocientas (1.400) UVT. ($ 41.654.000).
4. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($83.308.000)
5. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. ($83.308.000)
6. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron cuatro mil quinientos (4.500) UVT. ($133.889.000).

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por el año gravable 2016.

Firma del empleado:

Original: asalariado

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementarios para los asalariados que lo firmen.

Zulma Gonzalez
23-03-17

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Certificado de Ingresos y Retenciones por Rentas de Trabajo y de Pensiones

Año gravable 2017

Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones

4.Número de Formulario

Retenedor

5.Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV.	7.Primer Apellido	8.Segundo Apellido	9.Primer Nombre	10.Otros Nombres
900959048	4				

11.Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Trabajador

24. Tipo de documento	25.Número de Identificación	Apellidos y Nombres			
13	1030545205	CALDERON (26.Primer Apellido)	OSTOS (27.Segundo Apellido)	GINA (28.Primer Nombre)	PAOLA (29.Otros Nombres)

Período de la Certificación						32.Fecha de Expedición			33.Lugar donde se practicó la retención	34.Cód Dpto.	35.Cód Ciudad/ Municipio
30. DE	2017	01	01	31. A	2017	12	31	2018	03	12	BOGOTA D.C.	11	001

36.Número de agencias, sucursales, filiales o subsidiarias de la empresa retenedora cuyos montos de retención se consolidan: 1

Concepto de los Ingresos		Valor
Pagos por salarios o emolumentos eclesiásticos	37	$ 33.961.000,00
Pagos por honorarios	38	$ 0,00
Pagos por servicios	39	$ 0,00
Pagos por comisiones	40	$ 0,00
Pagos por prestaciones sociales	41	$ 9.636.000,00
Pagos por viáticos	42	$ 0,00
Pagos por gastos de representación	43	$ 0,00
Pagos por compensaciones por el trabajo asociado cooperativo	44	$ 0,00
Otros pagos	45	$ 0,00
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas en el periodo	46	$ 3.128.000,00
Pensiones de jubilación, vejez o invalidez	47	$ 0,00
Total de Ingresos Brutos (Sume 37 a 47)	48	**$ 46.725.000,00**

Concepto de los Aportes		Valor
Aportes obligatorios por salud	49	$ 1.437.000,00
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional	50	$ 1.544.000,00
Aportes voluntarios a fondos de pensiones	51	$ 0,00
Aportes a cuentas AFC	52	$ 0,00
Valor de la retencion en la fuente por rentas de trabajo y pensiones	53	**$ 0,00**

Nombre del pagador o agente retenedor

NO SE REQUIERE FIRMA AUTOGRAFA ART.10 / DECRETO 836/91

Datos a cargo del trabajador o pensionado

Concepto de otros ingresos		Valor recibido		Valor retenido
Arrendamientos	54		61	
Honorarios, comisiones y servicios	55		62	
Intereses y rendimientos financieros	56		63	
Enajenación de activos fijos	57		64	
Loterías, rifas, apuestas y similares	58		65	
Otros	59		66	
Totales: (Valor recibido: Sume 54 a 59), (Valor retenido: Sume 61 a 66)	60		67	
Total retenciones año gravable 2017 (Sume 53 + 67)			68	

Item	69. Identificación de los bienes y derechos poseídos	70. Valor Patrimonial
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
Deudas vigentes a 31 de Diciembre de 2017	71	

Identificación de la persona dependiente de acuerdo al parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario

72. C.C. ó NIT	73. Apellidos y Nombres	74. Parentesco

Certifico que durante el año gravable de 2017:
1. Mi patrimonio bruto era igual o inferior a 4.500 UVT ($ 143.356.000);
2. No fui responsable del Impuesto sobre las ventas ni del Impuesto nacional al consumo.
3. Mis ingresos brutos fueron inferiores a 1.400 UVT ($ 44.603.000).
4. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de 1.400 UVT ($ 44.603.000).
5. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de 1.400 UVT ($ 44.603.000).
6. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron los 1.400 UVT ($ 44.603.000).

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementario por el año gravable 2017.

Firma del Trabajador o Pensionado

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementario para el trabajador o pensionado que lo firme.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Certificado de Ingresos y Retenciones por Rentas de Trabajo y de Pensiones
Año gravable 2018

Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones | 4.Número de Formulario

Retenedor

5.Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV.	7.Primer Apellido	8.Segundo Apellido	9.Primer Nombre	10.Otros Nombres
900959048	4				

11.Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Trabajador

24. Tipo de documento	25.Número de Identificación	Apellidos y Nombres			
13	1030545205	CALDERON (26.Primer Apellido)	OSTOS (27.Segundo Apellido)	GINA (28.Primer Nombre)	PAOLA (29.Otros Nombres)

Período de la Certificación						32.Fecha de Expedición			33.Lugar donde se practicó la retención	34.Cód Dpto.	35.Cód Ciudad/ Municipio
30. DE	2018	01	01	31. A	2018	12	31	2019	03	28	BOGOTA D.C.	11	001

36.Número de agencias, sucursales, filiales o subsidiarias de la empresa retenedora cuyos montos de retención se consolidan: 1

Concepto de los Ingresos		Valor
Pagos por salarios o emolumentos eclesiásticos	37	$ 31.283.000,00
Pagos por honorarios	38	$ 0,00
Pagos por servicios	39	$ 0,00
Pagos por comisiones	40	$ 0,00
Pagos por prestaciones sociales	41	$ 11.227.000,00
Pagos por viáticos	42	$ 0,00
Pagos por gastos de representación	43	$ 0,00
Pagos por compensaciones por el trabajo asociado cooperativo	44	$ 0,00
Otros pagos	45	$ 0,00
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas en el período	46	$ 3.909.000,00
Pensiones de jubilación, vejez o invalidez	47	$ 0,00
Total de Ingresos Brutos (Sume 37 a 47)	48	**$ 46.419.000,00**

Concepto de los Aportes		Valor
Aportes obligatorios por salud	49	$ 1.350.000,00
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional	50	$ 1.451.000,00
Aportes voluntarios a fondos de pensiones	51	$ 0,00
Aportes a cuentas AFC	52	$ 0,00
Valor de la retencion en la fuente por rentas de trabajo y pensiones	53	**$ 0,00**

Nombre del pagador o agente retenedor

NO SE REQUIERE FIRMA AUTOGRAFA ART.10 / DECRETO 836/91

Datos a cargo del trabajador o pensionado

Concepto de otros ingresos		Valor recibido		Valor retenido
Arrendamientos	54		61	
Honorarios, comisiones y servicios	55		62	
Intereses y rendimientos financieros	56		63	
Enajenación de activos fijos	57		64	
Loterías, rifas, apuestas y similares	58		65	
Otros	59		66	
Totales: (Valor recibido: Sume 54 a 59), (Valor retenido: Sume 61 a 66)	60		67	
Total retenciones año gravable 2018 (Sume 53 + 67)			68	

Item	69. Identificación de los bienes y derechos poseídos	70. Valor Patrimonial
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
Deudas vigentes a 31 de Diciembre de 2018		71

Identificación de la persona dependiente de acuerdo al parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario

72. C.C. ó NIT	73. Apellidos y Nombres	74. Parentesco

Certifico que durante el año gravable de 2018:
1. Mi patrimonio bruto era igual o inferior a 4.500 UVT ($ 149.202.000).
2. No fui responsable del impuesto sobre las ventas ni del impuesto nacional al consumo.
3. Mis ingresos brutos fueron inferiores a 1.400 UVT ($ 46.418.000).
4. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de 1.400 UVT ($ 46.418.000).
5. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de 1.400 UVT ($ 46.418.000).
6. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron los 1.400 UVT ($ 46.418.000).

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementario por el año gravable 2018.

Firma del Trabajador o Pensionado

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementario para el trabajador o pensionado que lo firme.

10

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Certificado de Ingresos y Retenciones por Rentas de Trabajo y de Pensiones
Año gravable 2019

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

220

Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones

4. Número de formulario: 975

Retenedor

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV.	7. Primer Apellido	8. Segundo Apellido	9. Primer Nombre	10. Otros Nombres
900959048	- 4				

11. Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Empleado

24. Cód. Tipo de documento	25. Número de documento de identificación	Apellidos y nombres			
13.	1.030.545.205	CALDERON	OSTOS	GINA	PAOLA
		26. Primer apellido	27 Segundo apellido	28. Primer Nombre	29 Otros Nombres

Periodo de la Certificación		32. Fecha de Expedición	33. Lugar donde se practicó la retención	34 Cód. Dpto.	35. Cód. Ciudad/ Municipio
30. de: 2019-01-01	31. A: 2019-12-31	2020-03-16	BOGOTA D.C.	11	0 0 1

36. Número de agencias, sucursales, filiales o subsidiarias de la empresa retenedora cuyos montos de retención se consolidan: 1

Concepto de los Ingresos		Valor
Pagos por salarios o emolumentos eclesiásticos	37	37.175.000
Pagos por honorarios	38	0
Pagos por servicios	39	0
Pagos por comisiones	40	0
Pagos por prestaciones sociales	41	9.637.000
Pagos por viáticos	42	0
Pagos por gastos de representación	43	0
Pagos por compensaciones por el trabajo asociado cooperativo	44	0
Otros pagos	45	0
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas, consignadas o reconocidas en el periodo	46	3.960.000
Pensiones de jubilación, vejez o invalidez	47	0
Total de ingresos brutos (Sume casillas 37 a 47)	**48**	**50.772.000**

Concepto de los aportes		Valor
Aportes obligatorios por salud	49	1.487.000
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional y Aportes voluntarios al - RAIS	50	1.598.000
Aportes voluntarios a fondos de pensiones voluntarias	51	0
Aportes a cuentas AFC.	52	0
Valor de la retención en la fuente por rentas de trabajo y pensiones	**53**	0

Nombre del pagador o agente retenedor

Datos a cargo del trabajador o pensionado

Concepto de otros ingresos		Valor recibido		Valor retenido
Arrendamientos	54	0	61	0
Honorarios, comisiones y servicios	55	0	62	0
Intereses y rendimientos financieros	56	0	63	0
Enajenación de activos fijos	57	0	64	0
Loterías, rifas, apuestas y similares	58	0	65	0
Otros	59	0	66	0
Totales: (**Valor recibido:** Sume casillas 54 a 59), (**Valor retenido:** Sume 61 a 66)	**60**	**0**	67	**0**
Total retenciones año gravable 2019 (Sume casillas 53 + 67)			**68**	**0**

Ítem	69. Identificación de los bienes poseídos	70. Valor Patrimonial
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
Deudas vigentes a 31 de Diciembre de 2019		71

Identificación de la persona dependiente de acuerdo al parágrafo dos del artículo 387 del Estatuto Tributario

72. C.C. o NIT	73. Apellidos y Nombres	74. Parentesco

Certifico que durante el año gravable de 2019:

1. Mi patrimonio bruto era igual o inferior a 4.500 UVT ($154.215.000).
2. No fui responsable del impuesto sobre las ventas ni del impuesto nacional al consumo.
3. Mis ingresos brutos fueron inferiores a 1.400 UVT ($47.978.000).
4. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de 1.400 UVT ($47.978.000).
5. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de 1.400 UVT ($47.978.000)
6. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron los 1.400 UVT ($47.978.000).

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementario por el año gravable 2019.

Firma del trabajador o pensionado

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO Calderón Ostos Gina Paola No. CEDULA 1030545205		Número de Folios
1. DOCUMENTOS DE INGRESO	Documentos de Ingreso	60
	Prima Técnica	
2. SITUACIONES ADMINISTRATIVAS	Licencias No Remuneradas	
	Vacaciones	12
	Compensatorios, permisos, situaciones de ausentismos	30
	Certificados de Ingresos, Retenciones, Alivios tributarios	10
	Otras Situaciones Administrativas	
3. SEGURIDAD SOCIAL	Pensión, Salud, Caja de Compensación Familiar	5
	Cesantías	2
	Incapacidades	51
4. MERITOCRACIA EVALUACIONES DE CARRERA ADMINISTRATIVA		16
5. ESTUDIOS Y CAPACITACIÒN		8
6. PROCESOS DISCIPLINARIOS		———
TOTAL FOLIOS DE ESTA CARPETA		194
NOTA: CADA SECCIÓN SE DEBE ARCHIVAR ESTILO LIBRO Y FOLIAR POR SEPARADO, ORDEN CRONOLÓGICO, CON LÁPIZ, HACER LA ANOTACIÓN EN LA GUÍA		

Quien Elaboró
Nombre Jorge Enrique Avila V.
Cargo Tecnico Adtivo
Fecha de Elaboración 25-09-2020

Quien Revisó
Nombre
Cargo

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

Libertad y Orden

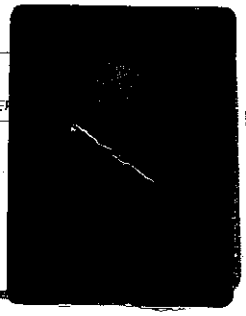
FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEP



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Calderón	Ostos	Gina Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAS ○ No. 1030545205

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 02 MES 05 AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Transv 78 I Bis # 41-94 Sur

PAIS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogota

TELÉFONO 2736457 EMAIL

2 FORMACION 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: Bachillerato Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2005

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	9°	X		Instrumentadora Quirurgica	06	2011	1030545205

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

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 Occidente de Kennedy	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	www.hospitaloccidentedekennedy.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2736457 3123369447	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Instrumentadora Quirurgica	Salas de Cirugia	Av 1ª Mayo No 75A-19 Sur

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

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

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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).

Gina Paola Caldaón Ostos

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Gina Paola Calderón Ostos

IDENTIFICADO CON: C.C. [■] C.E. [2] OTRO [3] No. 1030545705 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN: Transv 78 I Bis # 44-94 Sur | TELÉFONOS: 2736457 - 3123369447

MUNICIPIO: Bogota. | DEPARTAMENTO: Cundinamarca | PAIS: Colombia.

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Jose Antonio Calderón Moya	19272414	Padre
Luz Marina Ostos Leon	51572393	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995. **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN.

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son :

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones :

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad SI ☐ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

ACTIVIDADES ECONÓMICAS PRIVADAS

Las actividades económicas de caracter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes :

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

FIRMA

Gina Paola Calderón Ostos

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

CIUDAD Y FECHA

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS VINCULACIÓN PERSONAL DE PLANTA	

FECHA	15 FEBRERO 2012
NOMBRE	Gina Paola Calderón Ostos
CARGO	Tecnica Area de la Salud
DEPENDENCIA	

DOCUMENTACION		VERIFICO	FECHA
HOJA DE VIDA		✓	
ACEPTACION DEL CARGO			
CEDULA DE CIUDADANIA		✓	
LIBRETA MILITAR			
CERTIFICADO JUDICIAL		X	
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	CONTRALORIA	✓	
	PERSONERIA	✓	
	PROCURADURIA	✓	
BOLETIN DE DEUDORES MOROSOS DEL ESTADO			
TITULO DE FORMACION PROFESIONAL		✓	
TITULO DE ESPECIALISTA			
OTROS ESTUDIOS SEGÚN PERFIL		✓	
CERTIFICACIONES LABORALES			
CERTIFICADO DE INSCRIPCION ANTE LA SECRETARIA DE SALUD			
TARJETA PROFESIONAL		✓	
RESOLUCION DE NOMBRAMIENTO EN PERIODO DE PRUEBA			
FORMATO DE DECLARACION DE BIENES			
FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA			
DOS FOTOS TAMAÑO (3X4)		X	
CERTIFICADO DE VACUNACION HEPATITIS B		✓	
AFILIACION A SALUD			
AFILIACION A PENSION			
AFILIACION A CESANTIAS			
AFILIACION A ASEGURADORA DE RIESGOS PROFESIONALES (ARP)			
AFILIACION A CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR			
APERTURA CUENTA DE BANCO		X	
ACTA DE POSESION			
EXAMEN MEDICO DE INGRESO			
INDUCCION Y ENTREGA DE MANUAL DE FUNCIONES			

REVISO Y APROBO	
FECHA	



GINA PAOLA CALDERON OSTOS

INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA

Transv 78 I Bis 41-94 Sur
Telefono: 2736457
Celular: (312) 3369447

Bogotá, Colombia

DATOS PERSONALES

FECHA DE NACIMIENTO:	**2 DE MAYO 1988**
LUGAR DE NACIMIENTO:	**Bogotá**
CEDULA DE CIUDADANIA:	**1030545205 de Bogotá**
ESTADO CIVIL:	**SOLTERA**

PERFIL PROFESIONAL

Instrumentadora quirúrgica con una alta formación integral humana, social, ética, tecnológica y científica, capaz de desempeñarse adecuadamente en el ambiente de salas de cirugía, en la parte quirúrgica. Ademas de un manejo en la parte de coordinación de personal y de insumos para el desarrollo de diferentes actividades quirurgicas.
Capaz de hacer cumplir los diferentes estándares para la calidad hospitalaria, cuidando al margen las técnicas asépticas correspondientes a la instrumentación quirúrgica que beneficien en primer lugar al paciente-cliente de cualquier institución.

FORMACIÓN PROFESIONAL

BACHILLERATO ACADÉMICO
Liceo femenino Mercedes Nariño
2000-2005

INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – Hospital de San José
8 semestres
2006 - 2011

ACTUALIZACIÓN EN ESTRATEGIAS DE MERCADEO PARA INSTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Sociedad de cirugía de Bogotá Hospital de san José
Bogotá 22 de Noviembre de 2008
Intensidad de 8 horas

V CURSO DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS LAPAROSCOPICAS PARA CIRUJANOS GENERALES
Centro latinoamericano de investigación y entrenamiento en cirugía de mínima invasión- CLEMI.
Bogotá 25-26 de Febrero 2011
Intensidad 18 horas

V CURSO AVANZADO DE LIGAMENTO CRUZADOANTERIOR, LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR, Y ESQUINA POSTEROLATERAL DE RODILLA
Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología-SCCOT
Centro latinoamericano de investigación y entrenamiento en cirugía de mínima invasión- CLEMI.
Bogotá 24-25-26 de Marzo de 2011
Intensidad 28 horas

PRACTICA

SEXTO SEMESTRE

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Hospital de San José

SEPTIMO SEMESTRE

Hospital Infantil Universitario de San José

Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca- Soacha

Hospital de Meissen

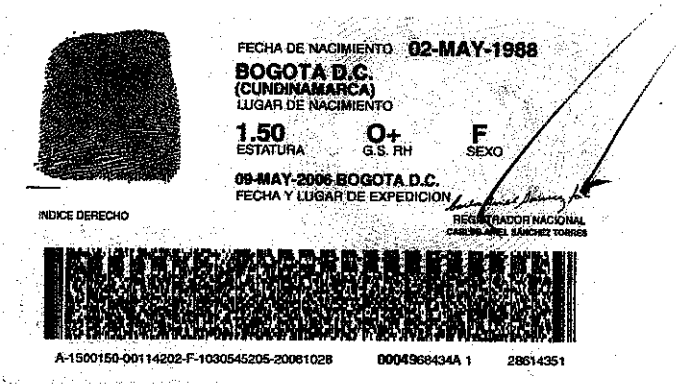
OCTAVO SEMESTRE

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Hospital de San José – Servicio de Hemodinámica

Hospital Cardio Infantil

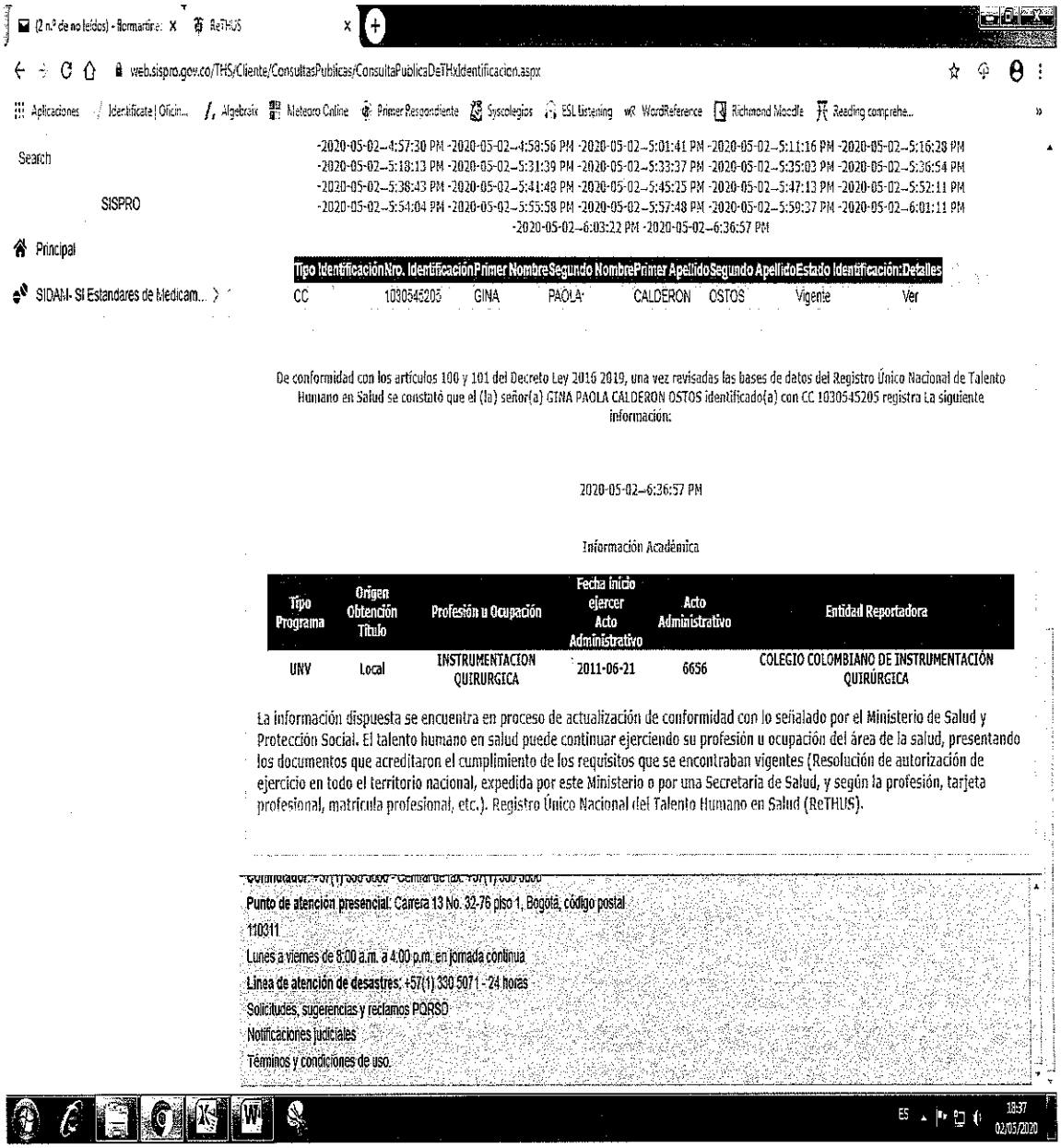
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Hospital de San José – Servicio de Hemodinámica


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.030 545.205
CALDERON OSTOS
GIOVANGELA


FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-MAY-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00114202-F-1030545205-20061028 0004968434A 1 28614351

CONFIRMACIÓN REGISTRO RETHUS

1030545205	CALDERON OSTOS GINA PAOLA



(2 n.º de no leídos) - florman@re... | ReTHUS

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Aplicaciones | Identifícate | Oficin... | Algebrole | Meteoro Online | Primer Respondiente | Syscolegios | ESL listening | WordReference | Richmond Moodle | Reading comprehe...

Search

SISPRO

Principal

SIDAH- SI Estandares de Medicam...

-2020-05-02--4:57:30 PM -2020-05-02--4:58:56 PM -2020-05-02--5:01:41 PM -2020-05-02--5:11:16 PM -2020-05-02--5:16:28 PM
-2020-05-02--5:18:13 PM -2020-05-02--5:31:39 PM -2020-05-02--5:33:37 PM -2020-05-02--5:35:03 PM -2020-05-02--5:36:54 PM
-2020-05-02--5:38:43 PM -2020-05-02--5:41:48 PM -2020-05-02--5:45:25 PM -2020-05-02--5:47:13 PM -2020-05-02--5:52:11 PM
-2020-05-02--5:54:04 PM -2020-05-02--5:55:58 PM -2020-05-02--5:57:48 PM -2020-05-02--5:59:37 PM -2020-05-02--6:01:11 PM
-2020-05-02--6:03:22 PM -2020-05-02--6:36:57 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1030545205	GINA	PAOLA	CALDERON	OSTOS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) GINA PAOLA CALDERON OSTOS identificado(a) con CC 1030545205 registra La siguiente información:

2020-05-02--6:36:57 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	INSTRUMENTACION QUIRURGICA	2011-06-21	6656	COLEGIO COLOMBIANO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Punto de atencion presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: +57(1) 330 5071 - 24 horas
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

ES 18:37 02/05/2020

12



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

GINA PAOLA
CALDERON OSTOS
C.C. 1030545205

INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO

Expedicion 14/07/2011

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

13

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 6656 *de* 21/06/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CALDERON OSTOS GINA PAOLA Identificado(a) con CC número 1030545205 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de INSTRUMENTADOR QUIRURGICO otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD el día 10/06/2011 y registrado en el libro 1174 Folio 38 año 2011

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a CALDERON OSTOS GINA PAOLA identificado(a) con CC número 1030545205 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de INSTRUMENTADOR QUIRURGICO en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **21/06/2011**

CONSUELO PEÑA APONTE.
Directora de Desarrollo de Servicios(E).

Reviso : Yudy Rodríguez.
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 14 Julio de 2011
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Gina Paola Calderón O
CC. # 1030545205 Bta
Firma Gina Paola Calderón O

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICACION DE ACTIVIDADES

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CER.262-12

C E R T I F I C A :

Que **CALDERON OSTOS GINA PAOLA** Identificado con cédula de ciudadanía 1.030.545.205 de Bogotá, presta sus servicios bajo la modalidad de Orden de Prestación de Servicios como **INSTRUMENTADORA QUIRURGICA** en esta EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL, los cuales se relacionan a continuación:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO No.	VALOR TOTAL CONTRATO/ORDEN DE SERVICIO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	TIEMPO TOTAL MESES- DIAS*
3320	1.430.000	18-07-11	17-08-11	1 MES
3408	619.667	18-08-11	31-08-11	13 DIAS
3958	1.430.000	01-09-11	30-09-11	1 MES
3958-A	715.000	13-10-11	31-10-11	19 DIAS
4653	1.430.000	01-11-11	30-11-11	1 MES
5124	1.430.000	01-12-11	31-12-11	1 MES
411	1.430.000	01-01-12	31-01-12	1 MES
1099	1.430.000	01-02-12	29-02-12	1 MES

Se expide en Bogotá, Distrito Capital, a solicitud del interesado a los 15 días del Mes de Febrero de 2012.

MILTON JOSE HERNANDEZ ARIZA
Subgerente Administrativo

Proyecto: Luz Myriam Peña Toro

15

CLÍNICA IPS CONSTRUIR
FUNDACION

NIT. 900.134.403-5

CLINICA IPS CONSTRUIR

Bogotá D.C., febrero 22 del 2012.

A QUIEN INTERESE

Certifico que la señorita **GINA PAOLA CALDERÓN OSTO** identificada con cédula de ciudadanía 1,030.545.205 de Bogotá D.C., labora en nuestra institución desde Julio 15 del 2011 hasta la fecha como Instrumentadora Quirúrgica, con un desempeño laboral y personal impecable.

Esta certificación se expide a los veintidós (22) días del mes de febrero del presente año.

Atentamente,

Dr. Rafael Camerano Meléndez
Neurología - Neurocirugía
R.M. 8282 - 2003 - 7200

DR. RAFAEL CAMERANO MELÉNDEZ
GERENTE - REPRESENTATE LEGAL
FUNDACIÓN CLÍNICA IPS CONSTRUIR

Bogotá, 29 de Febrero de 2012

Señores:

Hospital Occidente de Kennedy

Con la presente certificamos que:

Gina Paola Calderón Ostos con número de C.C 1030545205 tuvo un tiempo de práctica como estudiante durante el primer periodo del año 2011 en el servicio de Hemodinamia, Hospital de San José como Intrumentadora Quirúrgica.

Luz Amparo Fuentes Cortés
ENFERMERA JEFE
Reg. 00367

Atentamente:

Luz Amparo Fuentes

Enfermera Jefe Hemodinamia

C.C 39715099

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUCS

17

LA SECRETARIA ACADÉMICA

DE LA FACULTAD DE INSTRUMENTACION QUIRURGICA

CERTIFICA

Que: CALDERON OSTOS GINA PAOLA identificado(á) con Cedula de Ciudadanía Número 1030545205, en el periodo académico Enero – Junio de 2010, curso y aprobó Practica Integral I, correspondiente a VI semestre de Instrumentación Quirúrgica a nivel profesional en esta Institución.

El horario de clases es de Lunes a Sábado de 7:00 a.m. a 5:00 p.m., modalidad presencial, tiempo completo, con una intensidad horaria de 36 horas semanales.

El programa de Instrumentación Quirúrgica tiene una duración de 8 semestres y fue creado por la institución mediante acuerdo 12 del 12 junio de 1996 y se encuentra registrado en el sistema de información Nacional SNIES 4340.

La Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud se encuentra aprobada mediante Personería Jurídica 10917 del 1 de Diciembre de 1976, emanada por el Ministerio de Educación Nacional.

Se expide en Bogotá D.C., a los veintenueve (29) días del mes de Febrero de 2012.

SECRETARIA ACADÉMICA

MALLERLY GARZÓN MARTÍNEZ
Secretaria Académica

18

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', Boletín No. 68 con corte a 31 de diciembre de 2011, hoy martes 14 de febrero de 2012, a las 8:22:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.030.545.205
Código de Verificación	11127893472012

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.

Este documento tiene vigencia hasta la publicación del Boletín número 69 , en la Página Web de la Entidad, la cual se efectuará en el mes de Abril de 2012.

CLAUDIA CRISTINA SERRANO EVERS

JMMC

Personería de Bogotá, D.C.

LA SUSCRITA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA PERSONERIA DE BOGOTA D.C.

No. 51956
Pag. 1 de 1

CERTIFICA

Que el señor(a) CALDERON OSTOS GINA PAOLA
Quien se identifica con la cedula de ciudadania No: 1030545205 (UN MIL TREINTA MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCO) 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, Catorce (14) de FEBRERO del año Dos Mil Doce - 2012, 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

Tatiana T. Andrade R.
TATIANA TERESA ANDRADE RENTERIA
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

20

1185839329 WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

08:40:26

Hoja: 1 de 1

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 33588266

Bogotá DC, 14 de febrero de 2012

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GINA PAOLA CALDERON OSTOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 1030545205 :

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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)

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

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 1 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

21

Última actualización Lunes, 16 de Enero de 2012

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 15/02/2012 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 1030545205 y Nombres: GINA PAOLA CALDERON OSTOS
NO REGISTRA ANTECEDENTES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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 de Colombia.**

Volver al Inicio

Manual de Navegación Políticas de Seguridad Políticas de Privacidad y Uso Mapa del Sitio LOGIN

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 Nº 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8am 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.

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Olga Idalia
Apellidos	Galindo Ortiz
Documento de Identidad:	CC ☐ TI ☐ PASAPORTE ☐ No. 1032345205
Fecha de Nacimiento:	Día: ☐☐ Mes: ☐☐ Año: ☐☐☐☐

Copia de Carné Original

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	2006-12-12		
	2	2007-01-12		
	3	2007-07-18		
		2009-02-03		

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Occidente de Kennedy

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	RESOLUCIÓN	

RESOLUCION No. 0067

"Por la cual se hace un nombramiento provisional en el Hospital Occidente de Kennedy, III Nivel, Empresa Social del Estado".

EL GERENTE DEL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY, III NIVEL, EMPRESA SOCIAL DEL ESTAD0,

En ejercicio de sus facultades legales, Y en especial a las conferidas en el Numeral 27, del Articulo 20 del Acuerdo No 089 del 14 de Julio de 1.998 (Estatutos del Hospital) y,

C O N S I D E R A N D O

Que en la planta de personal del Hospital Occidente de Kennedy, III Nivel, Empresa Social del Estado, existe una vacante definitiva del empleo de TECNICO AREA SALUD, Código 323, Grado 06, y cuya provisión se hace imprescindible para la adecuada prestación de servicios a cargo de la entidad.

Que el artículo 1° del Decreto 4968 del 27 de diciembre de 2007, por el cual se modifica el parágrafo transitorio del artículo 8° del Decreto 1227 de 2005 y se deroga el Decreto 1937 de 2007, establece que para llevar a cabo encargos o nombramientos provisionales, sin previa convocatoria a concurso, se requiere de la autorización de la Comisión Nacional del Servicio Civil. Además, dispone la norma que la duración de cualquiera de estos eventos no podrá exceder de 6 meses, plazo dentro del cual se deberá convocar el empleo a concurso.

Que la norma antes citada consagra que "El nombramiento provisional procederá de manera excepcional siempre que no haya empleados de carrera que cumplan con los requisitos y el perfil para ser encargados y no haya lista de elegibles vigente que pueda ser utilizada".

Que mediante comunicación número 2012EE4757 el Presidente de la Comisión Nacional del Servicio Civil, autoriza el nombramiento provisional en el empleo de TECNICO AREA SALUD, Código 323, Grado 06, de la Planta Globalizada del Hospital Occidente de Kennedy, III Nivel, Empresa Social del Estado, por un término no superior a seis (6) meses.

Que la señora GINA PAOLA CALDERON OSTOS, identificada con cédula de ciudadanía número 1.030.545.205 de Bogotá, reúne los requisitos y el perfil requerido para ser nombrada provisionalmente en el cargo de TECNICO AREA SALUD, Código 323, Grado 06, exigidos en el Manual Específico de Funciones de la Planta Global de Personal

Transversal 74 F No 40 B 54 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Información: Línea 195

BOGOTÁ HUMANA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Occidente de Kennedy

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RESOLUCIÓN

Continuación de la Resolución No. 067
"Por la cual se hace un nombramiento provisional en el Hospital Occidente de Kennedy, III Nivel, Empresa Social del Estado".

Asistencial y demás normas y disposiciones concordantes, además que la entidad no cuenta con personal para ser encargado de estas funciones, de acuerdo con el análisis llevado a cabo de las hojas de vida de los empleados de la planta de personal de la institución.

Que en consecuencia es procedente realizar el nombramiento provisional.

En mérito de lo anteriormente expuesto,

R E S U E L V E:

ARTICULO PRIMERO: Nombrar con carácter Provisional, por el término de seis (6) meses a **GINA PAOLA CALDERON OSTOS,** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.030.545.205 de Bogotá, en el cargo de **TECNICO AREA SALUD, Código 323, Grado 06, AREA DE QUIROFANOS Y ESTERILIZACION, SUBGERENCIA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD,** con una asignación mensual de $ 1.571.841.

ARTICULO SEGUNDO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá D.C. a los 01 MAR 2012

FABIO BARRERA BARON
Gerente

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NOTIFICACION PERSONAL 01 MAR 2012

Gina Paola Calderon
1030545205
067

Proyecto: Helman Rodríguez Riveros – Auxiliar Administrativo
Revisó: Gloria Hernández Parra – Profesional Especializado
Aprobó: Milton José Hernández Ariza – Subgerente Administrativo

Bogotá
01/03/2012

Transversal 74 F No 40 B 54 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Información: Línea 195

Gina Paola Calderón O.
1030545205 Bta

BOGOTÁ HUMANA

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ACEPTACION DEL CARGO

CIUDAD Bogota FECHA 15 Febrero 2012

SEÑORES Hospital Occidente Kennedy

YO, Gina Paola Calderón Ostos

Identificado (a) con la Cedula de Ciudadanía No. 1030545205 Bta

De Bogotá, Si Acepto Nombramiento para el Cargo de:

Tecnico Area de la Salud Código 323 Grado 06

Resolución Lista de Elegibles No. _____ Fecha _____

Cordialmente,

Gina Paola Calderón O. Gina Paola Calderón O.

NOMBRE Y APELLIDOS FIRMA

1030545205 Bogotá

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Ciudad Bogota Fecha 15 Febrero 2012

SEÑORES Hospital Occidente de Kennedy

YO, Gina Paola Calderón Ostos

Identificado con la Cedula de Ciudadanía No 1030545205 De Bogotá

Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en Inhabilidades e Incompatibilidades para desempeñar el cargo de

_____

Igualmente bajo la gravedad de juramento manifiesto que no poseo demanda de alimentos en mi contra.

Esta declaración la realizo sin presión alguna.

Cordialmente,

Gina Paola Calderón O., Gina Paola Calderón O.
NOMBRES Y APELLIDOS FIRMA
CC. No. 1030545205 Bta

TESTIGO

_____, _____
NOMBRES Y APELLIDOS FIRMA
CC. No.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Occidente de Kennedy

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ACTA DE POSESION	

ACTA DE POSESION No. 075

En Bogotá Distrito Capital, el Primero (01) día del mes de Marzo de 2012 compareció al despacho del Gerente del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, el (la) Señor (a): **GINA PAOLA CALDERON OSTOS** con el objeto de tomar posesión del cargo de **TECNICO AREA SALUD, Código 323 Grado 06,** para el cual fue nombrado Mediante **RESOLUCION No. 067** de fecha **01 de Marzo de 2012** con una asignación mensual de **$1.571.841.oo**, para lo cual presento los siguientes documentos:

1. Documento de Identificación: Tarjeta __ C de C __X__ C de E ___ No. **1.030.545.205** de **Bogota**
2. Libreta Militar No._____ D.M. No. ____
3. Certificado Judicial No. **Sin numero** Fecha **15 de Febrero de 2012**
4. Certificado Medico de Aptitud No. _____ Expedido por: **Dr. Jaime Rojas**
5. Certificado de Antecedentes Disciplinarios Contraloría No. **11127893472012 del 14 de Febrero de 2012 Además de Personería y Procuraduría.**
6. Títulos de Idoneidad: ___**SI**____
7. Declaración de Bienes: ___**SI**____
8. Formato Único de Hoja de Vida:__**SI**____

El posesionado afirma bajo gravedad de juramento que no se encuentra incurso en causales de incompatibilidad o inhabilidad legal para desempeñar el cargo.

El gerente del Hospital le tomo juramento con las formalidades de Ley y el posesionado bajo su gravedad prometió cumplir bien y fielmente con los deberes que el cargo le impone.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente diligencia por los que en ella intervienen.

EFECTIVIDAD: 01 MAR 2012

Gina Paola Calderón Ostos
EL POSESIONADO
C de C. 1030545205 Bta

GERENTE

PROFESIONAL ESPECIALIZADO LIDER DEL PROCESO GESTION HUMANA

Transversal 78 I Bis No. 41 – 94 sur
DOMICILIO

2 73 64 57
TELEFONO

Transversal 74 F No 40 B 54 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Información: Línea 195

BOGOTÁ HUMANA

28

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Occidente de Kennedy

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	COMUNICACIÓN INTERNA	

Bogotá D.C., 13 de agosto de 2012

GTH - 2212 - 2012

Señora
GINA PAOLA CALDERON OSTOS
Técnico Área Salud
Ciudad

Apreciada Señora:

Comedidamente me permito informarle que de conformidad con lo establecido en el articulo primero de la Resolución No 067 del 01 de marzo del año en curso, su nombramiento provisional por el termino de seis (6) meses para desempeñar el cargo de TECNICO AREA SALUD, Código 323, Grado 06, AREA DE QUIROFANOS Y ESTERILIZACION, SUBGERENCIA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, con una asignación mensual de $ 1.571.841, concluye el próximo 31 de agosto de 2012.

En razón a lo anterior, debe presentarse al profesional de salud ocupacional para los exámenes médicos de retiro, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de terminación de su nombramiento.

Igualmente deberá diligenciar el Formulario Único de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y Actividad Económica Privada Persona Natural y hacer entrega del carné que la acredita como funcionaria del Hospital.

En nombre de las Directivas y de los compañeros de Institución, mis agradecimientos por todo lo recibido de Usted.

Favor disponer de lo necesario para hacer entrega del cargo al superior inmediato.

Cordialmente,

JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ
Gerente

Aprobó: Wilson Darío Bustos / Subgerente de Prestación de Servicios de Salud
Reviso: Felipe Ordóñez Riveros / Subgerente Administrativo
Gloria Hernández Parra / Profesional Especializado Líder Proceso Área de Gestión Humana
Proyecto: Helman Rodríguez Riveros – Auxiliar Administrativo

Transversal 74 F No 40 B 54 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Información: Línea 195

SUBGERENCIA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
29 AGO. 2012 10:33
Donald

BOGOTÁ HUMANA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Occidente de Kennedy

Fuedan 29

29

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

COMUNICACIÓN INTERNA

Bogotá D.C., 13 de agosto de 2012

GTH - 2212 - 2012

Señora
~~GINA PAOLA CALDERON OSTOS~~
Técnico Área Salud
Ciudad

Apreciada Señora:

Comedidamente me permito informarle que de conformidad con lo establecido en el artículo primero de la Resolución No 067 del 01 de marzo del año en curso, su nombramiento provisional por el termino de seis (6) meses para desempeñar el cargo de TECNICO AREA SALUD, Código 323, Grado 06, AREA DE QUIROFANOS Y ESTERILIZACION, SUBGERENCIA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, con una asignación mensual de $ 1.571.841, concluye el próximo 31 de agosto de 2012.

En razón a lo anterior, debe presentarse al profesional de salud ocupacional para los exámenes médicos de retiro, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de terminación de su nombramiento.

Igualmente deberá diligenciar el Formulario Único de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y Actividad Económica Privada Persona Natural y hacer entrega del carné que la acredita como funcionaria del Hospital.

En nombre de las Directivas y de los compañeros de Institución, mis agradecimientos por todo lo recibido de Usted.

Favor disponer de lo necesario para hacer entrega del cargo al superior inmediato.

Cordialmente,

JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ
Gerente

Aprobó: Wilson Darío Bustos / Subgerente de Prestación de Servicios de Salud
Revisó: Felipe Ordóñez Riveros / Subgerente Administrativo
Gloria Hernández Parra / Profesional Especializado Líder Proceso Área de Gestión Humana
Proyectó: Helman Rodríguez Riveros – Auxiliar Administrativo

Transversal 74 F No 40 B 54 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Información: Línea 195

BOGOTÁ HUMANA

26

1111

RESOLUCION No. 434

"Por la cual se prorroga un nombramiento provisional en el Hospital Occidente de Kennedy, III Nivel, Empresa Social del Estado".

EL GERENTE DEL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY, III NIVEL, EMPRESA SOCIAL DEL ESTAD0,

En ejercicio de sus facultades legales, Y en especial a las conferidas en el Numeral 27, del Articulo 20 del Acuerdo No 089 del 14 de Julio de 1.998 (Estatutos del Hospital) y,

C O N S I D E R A N D O

Que mediante Resolución No 067 del 01 de marzo de 2012, se nombro con carácter provisional, por el término de seis (6) meses a partir del 01 de marzo de 2012 a **GINA PAOLA CALDERON OSTOS,** identificada con la cédula de ciudadania número 1.030.545.205 de Bogotá, en el cargo de **TECNICO AREA SALUD, Código 323, Grado 06, AREA DE QUIROFANOS Y ESTERILIZACION, SUBGERENCIA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD,** con una asignación mensual de $ 1.571.841.

Que el artículo 1° del Decreto 4968 del 27 de diciembre de 2007, por el cual se modifica el parágrafo transitorio del artículo 8° del Decreto 1227 de 2005 y se deroga el Decreto 1937 de 2007, establece que la Comisión Nacional del Servicio Civil podrá autorizar encargos o nombramientos provisionales, sin previa convocatoria a concurso, cuando medien razones de estricta necesidad del servicio justificadas por el jefe de la entidad, la duración de cualquiera de estos eventos no podrá exceder de 6 meses, plazo dentro del cual se deberá a convocar el empleo a concurso. Además dispone la norma que Cuando circunstancias especiales impidan la realización de la convocatoria a concurso en el termino señalado, la Comisión Nacional del Servicio Civil podrá autorizar la prorroga de los encargos y de los nombramientos provisionales hasta cuando esta pueda ser realizada.

Que el Doctor JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ, Gerente del Hospital Occidente de Kennedy, III Nivel, Empresa Social del Estado, mediante oficio GTH - 2297 - 2012 de fecha agosto 13 de 2012, solicita al Presidente de la Comisión Nacional del Servicio Civil, autorización para la prorroga del nombramiento provisional del empleo de TECNICO AREA SALUD, Código 323, Grado 06.

Que mediante comunicación número 2012EE35358 del 30 de agosto de 2012, el Doctor CARLOS HUMBERTO MORENO BERMUDEZ, Presidente de la Comisión Nacional del

Transversal 74 F No 40 B 54 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Información: Línea 195

BOGOTÁ HUMANA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Occidente de Kennedy

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	RESOLUCIÓN	

RESOLUCION No. 434

"Por la cual se prorroga un nombramiento provisional en el Hospital Occidente de Kennedy, III Nivel, Empresa Social del Estado".

Servicio Civil, autoriza la prorroga del nombramiento provisional en el empleo de TECNICO AREA SALUD, Código 323, Grado 06, de la Planta Globalizada del Hospital Occidente de Kennedy, III Nivel, Empresa Social del Estado, hasta el momento en que se expidan las correspondientes listas de elegibles producto del concurso de meritos.

En mérito de lo anteriormente expuesto,

R E S U E L V E:

ARTICULO PRIMERO: Prorrogar el nombramiento con carácter Provisional a **GINA PAOLA CALDERON OSTOS**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.030.545.205 de Bogotá, en el cargo de **TECNICO AREA SALUD, Código 323, Grado 06, AREA DE QUIROFANOS Y ESTERILIZACION, SUBGERENCIA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD,** con una asignación mensual de $ 1.571.841, hasta el momento en que se expidan las correspondientes listas de elegibles producto del concurso de meritos.

ARTICULO SEGUNDO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá D.C. a los 31 AGO 2012

JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ
Gerente

Elaboró: Helman Rodriguez Riveros / Auxiliar Administrativo
Revisó: Gloria Hernández Parra / Profesional Especializado Líder del Proceso Gestión Humana
Aprobó: Felipe Ordóñez Riveros / Subgerente Administrativo

Transversal 74 F No 40 B 54 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Información: Línea 195

BOGOTÁ HUMANA

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NOTIFICACION PERSONAL

Santafé de Bogotá, D. C. 31 AGO 2012

En la fecha se notifica personalmente a Gina Paola Calderon Ostos

identificado con cédula de ciudadanía No. 1.030.545.205

de Bogotá, el contenido de la Resolución No. 434 del año

31/Agosto/12 informándole que contra la misma procede el recurso de

reposición en los términos del C.C.A. Se entrega al notificado copia

de la mencionada Resolución

Gina Paola Calderón Ostos

EL NOTIFICADO

EL FUNCIONARIO NOTIFICADOR

CNSC

0 – 2012 EE
Bogotá, D.C.,

35358 ---

30 AGO 2012

Doctor
JUAN ERNESTO OVIEDO HERNÁNDEZ
Gerente
E.S.E. HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
Email: jhernandez@hokennedy.gov.co
Bogotá D.C

Radicado de entrada: **2012ER- 41402, 41445, 41449 del 23 de agosto de 2012.**

Asunto: Autorización de Nombramiento Provisional y Prórroga de Nombramientos Provisionales.

Respetado Doctor Oviedo,

En atención a la solicitud de nombramiento provisional, en los términos del Decreto No. 4968 de 2007 y del procedimiento establecido mediante la Circular No. 05 del 23 de julio de 2012, hecho el análisis de la documentación y justificación técnica presentada, de manera atenta le informo que se autoriza la provisión mediante nombramiento provisional, por un término no superior a seis (6) meses en el siguiente empleo.

No. DE EMPLEOS	DENOMINACIÓN	CÓDIGO	GRADO
Uno (1)	Médico General (8 Horas)	211	26

Se precisa que en caso de requerir prórroga para la presente autorización, la solicitud deberá presentarse ante la CNSC, con mínimo un (1) mes de antelación.

De otra parte, en atención a la solicitud de **prórroga de nombramiento provisional**, le informo que de acuerdo con la normatividad vigente, partiendo del análisis técnico justificando las razones de la solicitud, se autoriza **prórroga de provisional** en los siguientes empleos, hasta el momento en que se expidan las correspondientes listas de elegibles producto del concurso de méritos:

No. DE EMPLEOS	DENOMINACIÓN	CÓDIGO	GRADO	AUTORIZACIÓN CNSC
Dos (2)	Médico Especialista (8 Horas)	213	09	2012-EE-4757 del 03/02/2012

CNSC

Dos (2)	Médico Especialista (4 Horas)	213	02	2012-EE-4757 del 03/02/2012
Dos (2)	Técnico Área de la Salud (8 Horas)	323	06	

La presente autorización se otorga para garantizar la correcta prestación del servicio por parte de la entidad, y se advierte que no tiene alcance en la decisión de los candidatos posibles con quienes se vayan a proveer las vacantes, ya que la verificación del cumplimiento de los requisitos corresponde únicamente al Nominador.

No obstante lo anterior, la Comisión Nacional del Servicio Civil a través del Grupo de Provisión de Empleo Público revisará la forma de provisión de los empleos citados conforme a lo establecido en el artículo 7 del Decreto No. 1227 de 2005, que determina el orden de la provisión definitiva de los empleos de carrera administrativa y del Acuerdo No. 159 de 2011, por el cual se reglamenta la conformación, organización y manejo del Banco Nacional de Listas de Elegibles, de encontrarse posibilidad de utilización de las mismas para el empleo, esta Comisión le informará la forma de provisión definitiva.

Adicionalmente, la autorización otorgada tiene una vigencia de cuarenta y cinco (45) días calendario para ser utilizada; por tanto, en caso de no efectuarse la provisión del cargo en el término mencionado, deberá tramitarse una nueva solicitud ante la Comisión, con el lleno de todos los requisitos.

Por último, con el fin de priorizar el trámite de este tipo de solicitudes, le informo que en adelante se podrán gestionar a través del correo electrónico [redacted], con el cumplimiento de los requisitos estipulados en la Circular No. 05 del 23 de julio de 2012, medio a través del cual les será remitida la respuesta. Es oportuno advertir que sólo se tramitarán solicitudes que sean remitidas desde el correo institucional de la entidad.

Cordialmente,

CARLOS HUMBERTO MORENO BERMÚDEZ
Presidente

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL	COMUNICACIÓN INTERNA	

SCX – Nº 0013 - 2014

PARA:	**GINA PAOLA CALDERON OSTOS** – Instrumentadora
DE:	**MYRIAM LOPEZ** - Coordinadora Salas de Cirugía
ASUNTO	**LO RELACIONADO**
FECHA:	**Enero 31 de 2014**

Respetadas instrumentadoras:

Para su conocimiento y fines pertinentes le informo, que además de sus funciones propias del cargo a partir de la fecha pasará Apoyar la Gestión de Instrumentación en Salas de Cirugía.

Por lo anterior solicito coordinar la entrega con la Instrumentadora Carmen Contreras lo relacionado con la programación de turnos, tiempo pendiente de las funcionarias de instrumentación entre otros.

Es de aclara que contará con el apoyo en el turno de la mañana con **NUBIA GLADYS GARCIA LEON** – Instrumentadora.

Sin otro particular,

Cordialmente,

LUZ MYRIAM LOPEZ HERRERA
Profesional Especializado
Coordinadora Salas de Cirugía

VoBo. WILSON DARIO BUSTOS GUARIN
Subgerente de Prestación de Servicios

Copia: - Gerencia - Subgerencia de Prestación de Servicios - Salas de Cirugía - Gestión Humana Grupo de Instrumentación - Archivo

Revisó y Aprobó: Luz Myriam López Herrera- Profesional Especializado- Coordinadora Salas de Cirugía
Elaboró: Gloria Bonilla- Secretaria – Coordinación Salas de Cirugía

Código: 05-8001 07-41-V3

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
AREA GESTION HUMANA
Fecha de emisión: 16-02-12
06 FEB 2014
Hora:
Recibido Por: Milena G.
Radicado Nº 4236

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
Control de Correspondencia
Fecha: 05 Feb 2014
Nº Radicado: 688
Recibido Por: Johanna C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E.	COMUNICADO INTERNO	

Bogotá D.C, 01 de Julio de 2015

Señor (a):
GINA PAOLA CALDERON OSTOS
TECNICO ÁREA SALUD - QUIROFANOS Y ESTERILIZACION

ASUNTO: NOTIFICACION MODIFICACION MANUAL DE FUNCIONES.

Atentamente me permito notificarle las funciones relacionadas con el empleo **TECNICO ÁREA SALUD, CODIGO 323, GRADO 6**, del cual es titular en la Planta de Personal del Hospital, con ocasión de la adopción del Decreto **2484** del año **2014**.

Cordialmente,

DR. RODRIGO JOSE GOMEZ OCAMPO
Subgerente Administrativo

Gina Paola Calderón
1030545205
28-07-15

Reviso: Ing. Víctor Raúl Venegas Anzola/Profesional Líder Talento Humano.
Proyecto: Milena González/Técnico Administrativo.

Transversal 74 F No 40 B 54 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Información Línea 195

BOGOTÁ HUMANA

MANUAL ESPECIFICO DE FUNCIONES Y DE COMPETENCIAS LABORALES

I. IDENTIFICACION

Nivel Jerárquico:	**TECNICO**
Denominación del Empleo:	**TECNICO ÁREA SALUD**
Código:	**323**
Grado:	**06**
No. de cargos	**CATORCE (14)**
Dependencia	**DONDE SE UBIQUE EL CARGO**
Cargo del Jefe Inmediato:	**QUIEN EJERZA LA SUPERVISION**

II. AREA FUNCIONAL – SUBGERENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- **Salas de Cirugía**

III. PROPOSITO PRINCIPAL

Asistir al médico cirujano en los procedimientos quirúrgicos alistando el material, instrumental y diferentes equipos requerido de manera oportuna y adecuada

IV. DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES ESENCIALES

1. Planear, ejecutar y evaluar las actividades relacionadas con el procedimiento quirúrgico asignado, teniendo en cuenta las condiciones del paciente y la técnica quirúrgica.
2. Asistir a los cirujanos en el desarrollo de las cirugías y demás procedimientos, suministrando y recibiendo los distintos elementos.
3. Conocer y aplicar todas las normas, procedimientos y protocolos establecidos para salas de cirugía.
4. Revisar diariamente la programación de cirugías.
5. Solicitar el instrumental, elementos y equipos requeridos para la cirugía asignada.
6. Llevar los registros de los inventarios del instrumental remitidos a fin de garantizar información sobre los mismos.
7. Aplicar los procedimientos y controles establecidos para garantizar la eficiencia y eficacia en el desempeño de sus labores.
8. Llevar el control del instrumental y recuento de gasas y compresas durante el acto quirúrgico y/o anestesia.
9. Conservar técnicamente ordenados los equipos e instrumentos de cirugía
10. Planear, organizar, supervisar y evaluar las actividades realizadas en la central de esterilización y instrumentación.
11. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas por el superior inmediato de acuerdo con la naturaleza del cargo.

V. CONOCIMIENTOS BÁSICOS O ESENCIALES

1. Conceptos genéricos del manejo de elementos médico-quirúrgicos
2. Normatividad sobre el concepto técnico en salas de cirugía.
3. Manejo de normas de bioseguridad y manejo de desechos hospitalarios
4. Normatividad sobre sistema General de Seguridad Social en salud.
5. Políticas esenciales para la atención al usuario

VI. COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES

COMUNES	POR NIVEL JERÁRQUICO
✓ Orientación a resultados ✓ Orientación al usuario y al ciudadano ✓ Transparencia ✓ Compromiso con la Organización	✓ Experticia Técnica ✓ Trabajo en Equipo ✓ Creatividad e Innovación

VII. REQUISITOS DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA

ESTUDIOS	EXPERIENCIA
✓ Título en disciplina académica: Técnica profesional en instrumentación quirúrgica, del Núcleo Básico del Conocimiento (NBC), Instrumentación Quirúrgica. ✓ Título profesional en disciplina académica: Tecnología en instrumentación quirúrgica, del Núcleo Básico del Conocimiento (NBC), Instrumentación quirúrgica. ✓ Certificado de Inscripción ante la Secretaría Distrital de Salud.	✓ Dieciocho (18) Meses de experiencia relacionada con el cargo.

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

(1) DE BIENES Y RENTAS

YO, Gina Paola Calderón Ostos

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 1030545205 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN: Transv 78 I Bis # 41-94 Sur — TELÉFONOS: 3123317841

MUNICIPIO: Bogota D.C — DEPARTAMENTO: Cundinamarca — PAIS: Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Jose Antonio Calderón Moya		Papá
Luz Marina Ostos Leon		Mamá

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13, 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN [ ], PARA RETIRARME [ ], PARA ACTUALIZACIÓN [ ], PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE [X], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 22.542.572
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 12.566.370
TOTAL	$ 35.108.942

b) Activos que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Cuenta Ahorros	05-066-05000806941	Itmiza	$ 1.000.000

IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

ACTA DE POSESIÓN - INCORPORACIÓN No. 464 de 2016

En Bogotá D.C., a los veintinueve (29) días del mes de abril de 2016, compareció a la Gerencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., el (la) Señor (a) GINA PAOLA CALDERON OSTOS, identificado (a) con documento de identidad No.1030545205, con el objeto de firmar la presente acta de posesión - incorporación en el Empleo de TECNICO ÁREA SALUD, Código: 323, Grado: 6, como resultado de la unificación de la planta de personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., integrando los empleos que conformaban las plantas de personal de las cinco (5) Unidades de Prestación de Servicios de Salud, de los antes denominados Hospitales Pablo VI Bosa I nivel, del Sur I nivel, Bosa II Nivel, Fontibón II nivel y Occidente de Kennedy III Nivel, efectuado mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 002 del 25 de Abril de 2016, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 5°y 6° del Acuerdo Distrital No. 641 del 6 de abril de 2016, y las Resoluciones Nos. 002 y 003 del 25 de abril de 2016, por medio de las cuales se distribuye e incorpora, respectivamente, a los empleados públicos y trabajadores Oficiales a la planta de empleos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

El Empleado Público que se incorpora conserva su carácter de PROVISIONAL.

Para Constancia se firma la presente diligencia el 29 ABR 2016

Gina Paola Calderón Ostos — Posesionado (a)

ALEXANDRA RODRIGUEZ GOMEZ — Gerente

cc Hoja de vida

Se anexa Manual de Funciones

40

Mayo 19-16

Doctora
ALEXANDRA RODRÍGUEZ GÓMEZ
Gerente Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE
E. S. D.

Ref.: Derecho de Petición - precisiones sobre las actas de incorporación y posesión.

Cordial Saludo.
Yo, Gina Paola Calderon Ortiz
, conforme a lo normado por el artículo 23 de la Constitución, con toda atención le solicito resolver de fondo las peticiones que más adelante formularé, en relación a las diligencias que se vienen adelantando bajo el nombre de "ACTA DE POSESIÓN -INCORPORACIÓN", y para lo cual hago las siguientes,

CONSIDERACIONES

Sea lo primero clarificar que la nueva ESE denominada Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente no modifica la relación jurídica laboral de los empleados públicos que veníamos laborando en los hospitales que le dieron origen, por lo que no requerimos de una nueva posesión.

Cuando la relación laboral de los empleados públicos se desarrolla sin solución de continuidad y para ejercer el mismo cargo sólo procede una única posesión, la que se da como requisito para iniciar las labores, por lo que resulta impropio o improcedente hablar de posesión para ejercer el mismo cargo que venía ejerciendo en el Hospital de Occidente de Kennedy III Nivel ESE desde hace 5, 10, 15, 20 o más años.

En consecuencia, es un yerro hablar de una nueva acta de posesión y al hacerlo de cierta forma se desconoce el hecho evidente de que ya estamos posesionados y ejerciendo el cargo en propiedad, así como la correspondiente antigüedad que cada uno de los empleados de la institución tiene.

En cuanto a la incorporación, se trata de un acto unilateral de la nueva institución y no de un acto bilateral entre los empleados públicos y la nueva ESE, por lo que en rigor lo procedente no era un acta de incorporación para cada empleado, sino una única resolución de la Gerente en la que se definiera que la planta de personal de la nueva ESE es la sumatoria de las plantas de personal de cada uno de los hospitales fusionados y, en consecuencia, que se ordenara la incorporación a la planta de personal de la nueva ESE a los empleados que veníamos laborando, con lo cual se daba cumplimiento al respecto de los derechos laborales de que tratan los artículos 5 y 6 del Acuerdo del Concejo de Bogotá 641 del 6 de abril de 2016, y que, dicho sea de paso, era una obligación hacerlo así no lo hubiese señalado el precitado acuerdo.

Ahora bien, tampoco es cierto que los artículos citados del Acuerdo del Concejo de Bogotá 641 del 6 de abril de 2016 ordenen una nueva posesión o una "diligencia" de incorporación con la presencia de cada empleado, como en forma equivocada lo sugiere el modelo de acta referida, por lo que tal iniciativa corresponde a una interpretación equivocada de la administración que viene generando dudas entre los empleados que se preguntan por qué necesitan una nueva posesión para ejercer el cargo que vienen desempeñando desde muchos años atrás y si la nueva posesión no es desconocer su antigüedad que data desde la posesión única o primigenia, en virtud de la cual se vincularon al empleo que aún desempeñan.

1208

40

4 mayo 19-16

Doctora
ALEXANDRA RODRÍGUEZ GÓMEZ
Gerente Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE
E. S. D.

Ref.: Derecho de Petición - precisiones sobre las actas de incorporación y posesión.

Cordial Saludo.
Yo, Gina Paola Calderon Ortos
, conforme a lo normado por el artículo 23 de la Constitución, con toda atención le solicito resolver de fondo las peticiones que más adelante formularé, en relación a las diligencias que se vienen adelantando bajo el nombre de "ACTA DE POSESIÓN -INCORPORACIÓN", y para lo cual hago las siguientes,

CONSIDERACIONES

Sea lo primero clarificar que la nueva ESE denominada Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente no modifica la relación jurídica laboral de los empleados públicos que veníamos laborando en los hospitales que le dieron origen, por lo que no requerimos de una nueva posesión.

Cuando la relación laboral de los empleados públicos se desarrolla sin solución de continuidad y para ejercer el mismo cargo sólo procede una única posesión, la que se da como requisito para iniciar las labores, por lo que resulta impropio o improcedente hablar de posesión para ejercer el mismo cargo que venía ejerciendo en el Hospital de Occidente de Kennedy III Nivel ESE desde hace 5, 10, 15, 20 o más años.

En consecuencia, es un yerro hablar de una nueva acta de posesión y al hacerlo de cierta forma se desconoce el hecho evidente de que ya estamos posesionados y ejerciendo el cargo en propiedad, así como la correspondiente antigüedad que cada uno de los empleados de la institución tiene.

En cuanto a la incorporación, se trata de un acto unilateral de la nueva institución y no de un acto bilateral entre los empleados públicos y la nueva ESE, por lo que en rigor lo procedente no era un acta de incorporación para cada empleado, sino una única resolución de la Gerente en la que se definiera que la planta de personal de la nueva ESE es la sumatoria de las plantas de personal de cada uno de los hospitales fusionados y, en consecuencia, que se ordenara la incorporación a la planta de personal de la nueva ESE a los empleados que veníamos laborando, con lo cual se daba cumplimiento al respecto de los derechos laborales de que tratan los artículos 5 y 6 del Acuerdo del Concejo de Bogotá 641 del 6 de abril de 2016, y que, dicho sea de paso, era una obligación hacerlo así no lo hubiese señalado el precitado acuerdo.

Ahora bien, tampoco es cierto que los artículos citados del Acuerdo del Concejo de Bogotá 641 del 6 de abril de 2016 ordenen una nueva posesión o una "diligencia" de incorporación con la presencia de cada empleado, como en forma equivocada lo sugiere el modelo de acta referida, por lo que tal iniciativa corresponde a una interpretación equivocada de la administración que viene generando dudas entre los empleados que se preguntan por qué necesitan una nueva posesión para ejercer el cargo que vienen desempeñando desde muchos años atrás y si la nueva posesión no es desconocer su antigüedad que data desde la posesión única o primigenia, en virtud de la cual se vincularon al empleo que aún desempeñan.

1208

PETICIONES RESPETUOSAS

1. Se sirva ordenar suspender la realización de esas diligencias y actas de posesión e incorporación.
2. Tener como posesión el acta de posesión inicial, mediante la cual se me vinculó al cargo que aún ejerzo.
3. En todos aquellos casos en que los empleados realizaron la nueva posesión, reconocer que ésta no tiene ninguna consecuencia jurídica, por lo que la antigüedad de los empleados se iniciará a computar a partir de la primera posesión, que es la única que tiene consecuencias jurídicas.
4. Ordenar que la junta directiva de la nueva ESE expida, si aún no lo hubiere hecho, el acuerdo en el cual se defina la planta de personal de la nueva ESE.
5. Expedir una resolución única de la Gerente en la cual se disponga INCORPORAR en la planta de personal de la nueva ESE a los trabajadores oficiales y empleados públicos, de carrera o provisionales, que venían desempeñándose en los hospitales fusionados que dieron origen a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE.
6. En subsidio de las anteriores, le solicito respetuosamente informarme los argumentos jurídicos por los cuales es necesaria una nueva posesión y una "diligencia" "bilateral", administración y cada empleado para realizarse la incorporación en la planta de personal de la nueva ESE.

NOTIFICACIONES

Las recibiré en mi lugar de trabajo,
del Hospital Occidente de Kennedy (nombre que aún pervive para los usuarios).

Respetuosamente,

Gina Calderón Ostos

Nombre: Gina Paola Calderón Ostos
Cc No: 1.030.595.205
Cargo Instrumentadora QX

C.C. Subgerente Hospital Occidente de Kennedy
Archivo.

42

Bogotá D.C., 03 de junio de 2016

Señores
FUNCIONARIOS:
Unidad de Prestación de Servicios de Salud Occidente de Kennedy
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Ciudad

ASUNTO: Derecho de Petición – precisiones sobre actas de incorporación y posesión.

Respetados funcionarios:

LUZ ADRIANA ABRIL GALVIS	ENFERMERO
FERNANADO YANKO ACOSTA NUNEZ	MEDICO GENERAL
GERARDO ADOLPHS MONTES	MEDICO ESPECIALISTA
JANET PATRICIA ALFONSO VILLAMIL	AUXILIAR ÁREA SALUD
ADENIS MARIA ALVAREZ MAZO	ENFERMERO
AGUSTIN VIRGILIO AMARIS IBANEZ	ENFERMERO
SALVADOR ANDRADE TORRES	AUXILIAR ÁREA SALUD
MARIA YOLANDA ANGULO TORRES	AUXILIAR ÁREA SALUD
ALFREDO ARENAS ABELLO	MEDICO ESPECIALISTA
GLORIA AREVALO ALVARADO	AUXILIAR ÁREA SALUD
CLAUDIA PATRICIA AREVALO GORDILLO	AUXILIAR ÁREA SALUD
CLARA MATILDE ARIAS VILLEGAS	ENFERMERO
MARLENY AROCA FAJARDO	SECRETARIO (E)
MERCEDES AROCA FAJARDO	ENFERMERO (E)
MARIA EDITH BARBOSA CRUZ	ENFERMERO
ROSA INES BAREÑO MARTINEZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
ALBA LUZ BARRIOS VELASQUEZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
NANCY BAUTISTA PEÑA	TECNICO ÁREA SALUD
GILMA BECERRA GUTIERREZ	TECNICO OPERATIVO
FLOR MYRIAM BELTRAN CASTRO	AUXILIAR ÁREA SALUD
PATRICIA HELENA BENITEZ JARAMILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
ISABEL EUGENIA BOADA JOVES	AUXILIAR ÁREA SALUD
LUZ HELENA BOLIVAR ARDILA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD
MARTHA LUCIA BUITRAGO GUARDIA	AUXILIAR ÁREA SALUD
JOSE RAMIRO BURGOS TREJOS	OPERARIO DE SERVICIOS GRALES (CAMILLERO)
GINA PAOLA CALDERON OSTOS	TECNICO ÁREA SALUD
LUZ MERY CARDENAS MUÑOZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
FLOR ALBA CARREÑO	OPERARIO DE SERVICIOS GRALES

MARTHA JEANNETE CASTILLO DELGADO	AUXILIAR ÁREA SALUD
LUZ MARINA CASTRO BAUTISTA	AUXILIAR ÁREA SALUD
JESUS ADELMO CASTRO ACOSTA	AUXILIAR ÁREA SALUD
HELENA VISITACION CASTRO SOLARTE	MEDICO GENERAL
YOLANDA MARINA CERINZA ALVAREZ	SECRETARIO
CONCEPCION STELLA CHAUR BARRETO	AUXILIAR ÁREA SALUD
CARMEN ELVIRA CONTRERAS PABON	TECNICO ÁREA SALUD
JOSE LEONARDO CORTES RODRIGUEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
OBDELIA CUBIDES ESPINOSA	AUXILIAR ÁREA SALUD
PRAXEDIS CUELLAR RIOS	AUXILIAR ÁREA SALUD
OSCAR YESID DIAZ GOMEZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
LUCAS DOSA LÓPEZ	MEDICO ESPECIALISTA
CARLOS MIGUEL ESPITIA VARGAS	MEDICO ESPECIALISTA
FRANCISCO JOSÉ GALEANO CASTRO	MEDICO ESPECIALISTA
DIANA MARCELA GARAVITO CASTILLO	ENFERMERO
GLORIA GARCIA GARCIA	AUXILIAR ÁREA SALUD
MARTHA EUGENIA GARCIA USMA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD
REBECA MARIA GARCIA ARPUSHANA	TECNICO OPERATIVO
FRANCY LEIDY GARCIA CALDERON	AUXILIAR ÁREA SALUD
NUBIA GLADYS GARCIA LEON	TECNICO ÁREA SALUD
EDGAR GARZON RUBIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
LILIA MERCEDES GARZON GALLO	AUXILIAR ÁREA SALUD
YANIRA GOMEZ SANTOS	AUXILIAR ÁREA SALUD
ORLANDA GOMEZ ALVAREZ	OPERARIO DE SERVICIOS GRALES
ZULMA YADIRA GONZALEZ ROA	TECNICO ÁREA SALUD
HORACIO GONZALEZ CORTES	MEDICO ESPECIALISTA
MARTHA GENID GUIO ENRIQUEZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
EDEAZMIN GUTIERREZ QUIROGA	AUXILIAR ÁREA SALUD
RICARDO GUTIERREZ MARTINEZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
LINA MARIA HENAO MEJIA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD
MARIA INES HERNANDEZ DE CORREA	AUXILIAR ÁREA SALUD
MARY LUZ HERNANDEZ YAÑEZ	MEDICO ESPECIALISTA (E)
GLORIA EDITH IBANEZ FUENTES	SECRETARIO
LUIS ERNESTO JIMENEZ RODRIGUEZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
FABIO MIGUEL LASSO ALFONSO	OPERARIO DE SERVICIOS GRALES (CAMILLERO)
GLORIA ROCIO LATORRE GONZALEZ	MEDICO GENERAL
OLGA LEAL ORTIZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
ROSA INES LEON SIERRA	ENFERMERO ESPECIALISTA
OSCAR DE JESUS LONDOÑO AGUIRRE	OPERARIO DE SERVICIOS GRALES (CAMILLERO)
MARIA DEL PILAR LOPEZ CANON	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD
MARTHA AURELIA LOPEZ YATE	AUXILIAR ÁREA SALUD
OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES	OPERARIO DE SERVICIOS GRALES
NOHORA EDITH MAHECHA RAMIREZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
ALEYDA ESTRELLA MARIÑO DIAZ	ENFERMERO
MERCEDES MARTINEZ ARRIAGA	AUXILIAR ÁREA SALUD

MARIA ALCIRA MARTINEZ RODRIGUEZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
MARIA DE JESUS MENESES MONROY	OPERARIO DE SERVICIOS GRALES
MARIO ALVARO MORALES BERNAL	MEDICO ESPECIALISTA
VLADIMIR MUÑOZ RODRIGUEZ	MEDICO ESPECIALISTA
YOLANDA NARVAEZ SANCHEZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
ORLANDO ENRIQUE NUÑEZ SOTO	MEDICO ESPECIALISTA
SANDRA LUCIA OSORIO YAYA	AUXILIAR ÁREA SALUD
EMILIA OTALORA DIAZ	OPERARIO DE SERVICIOS GRALES
LUZ MARINA PACANCHIQUE CORREDOR	AUXILIAR ÁREA SALUD
ZULIMA EUGENIA PACAVITTA CARVAJAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD
LUIS HERNANDO PACHON MORENO	OPERARIO DE SERVICIOS GRALES (CAMILLERO)
MESIAS DAVID PALACIOS PALACIOS	AUXILIAR ÁREA SALUD
CLAUDIA PATRICIA PARADA BARAJAS	AUXILIAR ÁREA SALUD
DIANA LUCERO PARDO CAMACHO	ENFERMERO
NYDIA YANNETH PARRA ARGUELLO	ENFERMERO
OLIVER PERALTA DAVILA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
JOSE NELSON PEREZ LUNA	AUXILIAR DE MANTENIMIENTO
JOSE ERNESTO PRADA VELEZ	MEDICO GENERAL
JAIRO ALFONSO PRIETO ACEVEDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
CESAR ENRIQUE PULIDO GARZON	AUXILIAR DE MANTENIMIENTO
EDNA PATRICIA QUINTERO CORREAL	ENFERMERO
ESTELLA QUINTERO BALAGUERA	SECRETARIO
FLOR EDITH RAMIREZ ORTIZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
HECTOR JULIO RAMIREZ QUEZADA	AUXILIAR ÁREA SALUD
TERESA DE JESUS RAMOS BURGOS	AUXILIAR ÁREA SALUD
GLORIA CONSTANZA REYES MOLINA	AUXILIAR ÁREA SALUD
ELIZABETH DEL PILAR ROA RODRÍGUEZ	TECNICO ÁREA SALUD
ALIDA MARCELA ROBAYO CAICEDO	ENFERMERO
FLOR MARINA RODRIGUEZ GARZON	AUXILIAR DE MANTENIMIENTO
YESENIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	MEDICO ESPECIALISTA
SANDRA JANNETTE ROMAN LEON	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD
SANDRA MARCELA ROMERO CONTRERAS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD
MARTHA PATRICIA ROMERO CAICEDO	AUXILIAR ÁREA SALUD
LUIS ALBERTO ROMERO CORREDOR	AUXILIAR DE MANTENIMIENTO
MARIA TERESA RUBIANO CIFUENTES	ENFERMERO
PATRICIA RUEDA BILBAO	MEDICO ESPECIALISTA
JACINTO SABOGAL GUZMAN	AUXILIAR DE MANTENIMIENTO
MONICA ROCIO SALAMANCA CUITIVA	AUXILIAR ÁREA SALUD
ELVIA JOCABED SALDAÑA OLAYA	AUXILIAR ÁREA SALUD
MARIA PATRICIA SANCHEZ ORREGO	TECNICO ÁREA SALUD
GLADYS SONY SANTISTEBAN GOMEZ	AUXILIAR ÁREA SALUD
BEATRIZ HELENA SANTOS CERRO	TECNICO ÁREA SALUD
ALEXANDRA SEGURA VACA	TECNICO ÁREA SALUD
MARIANO SILVA ROJAS	OPERARIO DE SERVICIOS GRALES (CAMILLERO)
MARGOT SUAREZ ROJAS	AUXILIAR ÁREA SALUD

45

JESUS EXELI SUAREZ ROJAS	AUXILIAR ÁREA SALUD
MAURICIO TORRES VALDIVIESO	MEDICO ESPECIALISTA
MANUEL HERNANDO TOVAR RENGIFO	MEDICO GENERAL
FABIO VARGAS MERCHAN	OPERARIO DE SERVICIOS GRALES
GLORIA ESPERANZA VILLAMIL RINCON	AUXILIAR ÁREA SALUD
CLAUDIA VIVIANA VILLAMIZAR PRIETO	AUXILIAR ÁREA SALUD
MARYSOL VILLOTA ESCANDON	TECNICO ÁREA SALUD
ALBA LUZ VIVAS	AUXILIAR ÁREA SALUD
DIANA WINSTON CASTILLA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD
ARMANDO ZAPATA GÓMEZ	MEDICO GENERAL
ERNESTO MAHECHA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

En atención al tema del asunto, me permito dar respuesta de fondo a sus peticiones, para lo cual hago claridad a sus consideraciones así:

Respecto a la afirmación *"Sea lo primero clarificar que la nueva ESE denominada Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente no modifica la relación jurídica laboral de los empleados públicos que veníamos laborando en los hospitales que le dieron origen, por lo que no requerimos de una nueva posesión (...)"*, me permito documentarles lo siguiente:

El Acuerdo Distrital 641 del 06 de abril de 2016 *"Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones"*,. en su Artículo 2º. Estableció: *"**Fusión de Empresas Sociales del Estado.** Fusionar las siguientes Empresas Sociales del Estado, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., como sigue:*

(...)

Empresas Sociales del Estado de: Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada "Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.""

Con base en dicho ordenamiento, y de acuerdo con las funciones y competencias asignadas por la Junta Directiva de Transición como Gerente Designada por la Alcaldía Mayor de Bogotá, mediante Acuerdo No. 002 del 25 de abril de 2016 se unificó la planta de empleos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., y mediante Resolución No. 002 del 25 de abril de 2016, se realizó la distribución de empleos de la planta global de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., y con Resolución No. 003 del 25 de abril de 2016, se incorporó a los empleados públicos y trabajadores oficiales a la planta de empleos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., y se mantienen unas situaciones administrativas.

De igual manera, mediante Acuerdo 199 del 29 de diciembre de 2005, el Concejo de Bogotá estableció en su Artículo 6º *"- Para todas las Entidades y Organismos Distritales, el establecimiento o modificación de las plantas de empleos permanentes o temporales, estructuras organizacionales, vinculación de supernumerarios, deberán contar con el concepto técnico favorable del Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital. Se exceptúa de la aplicación de este artículo las plantas de empleados docentes de la Secretaria de Educación Distrital y la Universidad Distrital."*, dichos actos administrativos cuentan con el concepto técnico de viabilidad, y direccionamiento del Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital, y gozan de toda legalidad.

Asi mismo, de conformidad con las funciones y competencias establecidas en el Decreto número 188 del 26 de enero de 2004, *"Por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo de la Función Pública y se dictan otras disposiciones"*, en su Artículo 2º. *"**Funciones generales.** El Departamento Administrativo de la Función Pública tendrá, además de las funciones que determina el artículo 59 de la Ley 489 de 1998 y el artículo 56 de la Ley 443 de 1998, las siguientes:*

(...)

10. Prestar la asesoría técnica en las reformas organizacionales y en la adopción del sistema de nomenclatura y clasificación de empleos a los organismos de la Rama Ejecutiva del Poder Público del orden nacional y territorial."

El Departamento Administrativo de la Función Pública, respecto a un proceso similar de fusión de Entidades Públicas, mediante Concepto 163791 de 2013, señaló lo siguiente:

(...)

"Con relación al proceso de supresión de empleos en el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la incorporación de empleados a la nueva planta de personal en la Unidad Administrativa Especial, Unidad de Proyección Normativa y Estudios de Regulación Financiera (URF), es necesario acudir a lo dispuesto en el Decreto Ley 1042 de 1978, sobre movimientos de personal con ocasión de las reformas en las plantas:

"ARTÍCULO 81. DEL MOVIMIENTO DE PERSONAL CON OCASIÓN DE LAS REFORMAS EN LAS PLANTAS. Siempre que se reforme total o parcialmente la planta de personal de un organismo la incorporación de sus empleados a los nuevos cargos establecidos en ella se sujetará a las siguientes reglas:

1a. No será necesario el cumplimiento de requisito distinto al de la firma del acta de posesión:

46

De igual manera, mediante Acuerdo 199 del 29 de diciembre de 2005, el Concejo de Bogotá estableció en su Artículo 6º *"- Para todas las Entidades y Organismos Distritales, el establecimiento o modificación de las plantas de empleos permanentes o temporales, estructuras organizacionales, vinculación de supernumerarios, deberán contar con el concepto técnico favorable del Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital. Se exceptúa de la aplicación de este artículo las plantas de empleados docentes de la Secretaria de Educación Distrital y la Universidad Distrital."*, dichos actos administrativos cuentan con el concepto técnico de viabilidad, y direccionamiento del Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital, y gozan de toda legalidad.

Así mismo, de conformidad con las funciones y competencias establecidas en el Decreto número 188 del 26 de enero de 2004, *"Por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo de la Función Pública y se dictan otras disposiciones"*, en su Artículo 2º. *"**Funciones generales.** El Departamento Administrativo de la Función Pública tendrá, además de las funciones que determina el artículo 59 de la Ley 489 de 1998 y el artículo 56 de la Ley 443 de 1998, las siguientes:*

(...)

10. Prestar la asesoría técnica en las reformas organizacionales y en la adopción del sistema de nomenclatura y clasificación de empleos a los organismos de la Rama Ejecutiva del Poder Público del orden nacional y territorial."

El Departamento Administrativo de la Función Pública, respecto a un proceso similar de fusión de Entidades Públicas, mediante Concepto 163791 de 2013, señaló lo siguiente:

(...)

"Con relación al proceso de supresión de empleos en el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la incorporación de empleados a la nueva planta de personal en la Unidad Administrativa Especial, Unidad de Proyección Normativa y Estudios de Regulación Financiera (URF), es necesario acudir a lo dispuesto en el Decreto Ley 1042 de 1978, sobre movimientos de personal con ocasión de las reformas en las plantas:

"ARTÍCULO 81. DEL MOVIMIENTO DE PERSONAL CON OCASIÓN DE LAS REFORMAS EN LAS PLANTAS. Siempre que se reforme total o parcialmente la planta de personal de un organismo la incorporación de sus empleados a los nuevos cargos establecidos en ella se sujetará a las siguientes reglas:

1a. No será necesario el cumplimiento de requisito distinto al de la firma del acta de posesión:

47

a) Cuando los nuevos cargos sean iguales a los de la planta anterior en su denominación y grado, y tengan, por consiguiente, las mismas funciones e idénticos requisitos para su ejercicio.

b) Cuando los nuevos cargos sólo se distingan de los de la antigua planta por haber variado su grado de remuneración, como efecto de un reajuste de salarios ordenado por la ley.

c) Cuando los nuevos cargos tengan funciones similares a los de la planta anterior, pero para su desempeño se exijan los mismos requisitos. En este caso la incorporación se tomará como traslado.

2a. La incorporación se considerará como nuevo nombramiento o como ascenso - según se trate de empleados de libre nombramiento y remoción o de empleados de carrera, respectivamente - y deberá estar precedida en todo caso de la comprobación del lleno de los requisitos exigidos para el ejercicio del nuevo cargo:

a) Cuando se haya dispuesto la supresión de cargos fijados en la planta anterior, y la creación de nuevos empleos con diferentes funciones y requisitos mínimos para su ejercicio.

b) Cuando la reforma de la planta tenga por objeto reclasificar los empleos de la planta anterior, para fijar otros de mayor jerarquía dentro de una misma denominación.

En toda incorporación de funcionarios de carrera a cargos de superior jerarquía y responsabilidad, que de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo se considera ascenso, será indispensable, además, el cumplimiento de las disposiciones que sobre movimientos de personal escalafonado se establezcan en el estatuto de servicio civil y carrera administrativa

La incorporación no implica solución de continuidad en el servicio para ningún efecto legal. En ningún caso la incorporación podrá implicar desmejoramiento en las condiciones laborales y salariales de los funcionarios que ocupaban empleos de la planta anterior." (Subrayado fuera de texto).

A su vez, el Decreto 1227 de 2005, señala:

"ARTÍCULO 96. Se entiende que la modificación de una planta de empleos está fundada en necesidades del servicio o en razones de modernización de la administración, cuando las conclusiones del estudio técnico de la misma deriven en la creación o supresión de empleos con ocasión, entre otras causas, de:

96.1. Fusión, supresión o escisión de entidades.

(...)

47

a) Cuando los nuevos cargos sean iguales a los de la planta anterior en su denominación y grado, y tengan, por consiguiente, las mismas funciones e idénticos requisitos para su ejercicio.

b) Cuando los nuevos cargos sólo se distingan de los de la antigua planta por haber variado su grado de remuneración, como efecto de un reajuste de salarios ordenado por la ley.

c) Cuando los nuevos cargos tengan funciones similares a los de la planta anterior, pero para su desempeño se exijan los mismos requisitos. En este caso la incorporación se tomará como traslado.

2a. La incorporación se considerará como nuevo nombramiento o como ascenso - según se trate de empleados de libre nombramiento y remoción o de empleados de carrera, respectivamente - y deberá estar precedida en todo caso de la comprobación del lleno de los requisitos exigidos para el ejercicio del nuevo cargo:

a) Cuando se haya dispuesto la supresión de cargos fijados en la planta anterior, y la creación de nuevos empleos con diferentes funciones y requisitos mínimos para su ejercicio.

b) Cuando la reforma de la planta tenga por objeto reclasificar los empleos de la planta anterior, para fijar otros de mayor jerarquía dentro de una misma denominación.

En toda incorporación de funcionarios de carrera a cargos de superior jerarquía y responsabilidad, que de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo se considera ascenso, será indispensable, además, el cumplimiento de las disposiciones que sobre movimientos de personal escalafonado se establezcan en el estatuto de servicio civil y carrera administrativa

La incorporación no implica solución de continuidad en el servicio para ningún efecto legal. En ningún caso la incorporación podrá implicar desmejoramiento en las condiciones laborales y salariales de los funcionarios que ocupaban empleos de la planta anterior." (Subrayado fuera de texto).

A su vez, el Decreto 1227 de 2005, señala:

"ARTÍCULO 96. Se entiende que la modificación de una planta de empleos está fundada en necesidades del servicio o en razones de modernización de la administración, cuando las conclusiones del estudio técnico de la misma deriven en la creación o supresión de empleos con ocasión, entre otras causas, de:

96.1. Fusión, supresión o escisión de entidades.

(...)

47

a) Cuando los nuevos cargos sean iguales a los de la planta anterior en su denominación y grado, y tengan, por consiguiente, las mismas funciones e idénticos requisitos para su ejercicio.

b) Cuando los nuevos cargos sólo se distingan de los de la antigua planta por haber variado su grado de remuneración, como efecto de un reajuste de salarios ordenado por la ley.

c) Cuando los nuevos cargos tengan funciones similares a los de la planta anterior, pero para su desempeño se exijan los mismos requisitos. En este caso la incorporación se tomará como traslado.

2a. La incorporación se considerará como nuevo nombramiento o como ascenso - según se trate de empleados de libre nombramiento y remoción o de empleados de carrera, respectivamente - y deberá estar precedida en todo caso de la comprobación del lleno de los requisitos exigidos para el ejercicio del nuevo cargo:

a) Cuando se haya dispuesto la supresión de cargos fijados en la planta anterior, y la creación de nuevos empleos con diferentes funciones y requisitos mínimos para su ejercicio.

b) Cuando la reforma de la planta tenga por objeto reclasificar los empleos de la planta anterior, para fijar otros de mayor jerarquía dentro de una misma denominación.

En toda incorporación de funcionarios de carrera a cargos de superior jerarquía y responsabilidad, que de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo se considera ascenso, será indispensable, además, el cumplimiento de las disposiciones que sobre movimientos de personal escalafonado se establezcan en el estatuto de servicio civil y carrera administrativa

La incorporación no implica solución de continuidad en el servicio para ningún efecto legal. En ningún caso la incorporación podrá implicar desmejoramiento en las condiciones laborales y salariales de los funcionarios que ocupaban empleos de la planta anterior." (Subrayado fuera de texto).

A su vez, el Decreto 1227 de 2005, señala:

"ARTÍCULO 96. Se entiende que la modificación de una planta de empleos está fundada en necesidades del servicio o en razones de modernización de la administración, cuando las conclusiones del estudio técnico de la misma deriven en la creación o supresión de empleos con ocasión, entre otras causas, de:

96.1. Fusión, supresión o escisión de entidades.

(...)

118

PARÁGRAFO 1. Las modificaciones de las plantas a las cuales se refiere este artículo deben realizarse dentro de claros criterios de razonabilidad, proporcionalidad y prevalencia del interés general.

Cuando se reforme total o parcialmente la planta de empleos de una entidad, no tendrá la calidad de nuevo nombramiento la incorporación que se efectúe en cargos iguales o equivalentes a los suprimidos a quienes los venían ejerciendo en calidad de provisionales."

De acuerdo con lo anterior, ***la incorporación en un empleo después de una reestructuración, no implica solución de continuidad en el servicio para ningún efecto legal; no obstante, los empleados incorporados a la nueva planta de personal deben tomar posesión del empleo, en razón a que el acto administrativo de creación de la nueva planta de personal deroga la anterior. (Subrayado fuera de Texto).***

Si se trata de una incorporación en un cargo que sea igual a los de la planta anterior en su denominación y grado, y tengan, por consiguiente, las mismas funciones e idénticos requisitos para su ejercicio, no será necesario el cumplimiento de requisito distinto al de la firma del acta de posesión, caso en el cual se considera que no habrá lugar al reconocimiento en dinero y en forma proporcional al tiempo efectivamente laborado de las vacaciones, la prima de vacaciones y la bonificación por recreación para los empleados que se encuentran en dicha situación.

No obstante, la incorporación se considerará como nuevo nombramiento si se trata de empleados de libre nombramiento y remoción cuando se haya dispuesto la supresión de cargos fijados en la planta anterior, y la creación de nuevos empleos con diferentes funciones y requisitos mínimos para su ejercicio. En ese caso, procede la liquidación proporcional de las prestaciones sociales a que haya lugar en la anterior entidad.

Por lo tanto, teniendo en cuenta lo previsto en el Decreto-Ley 1042 de 1978, se considera que la incorporación de un empleado a la nueva planta de personal de una nueva entidad cuyo empleo ha sido suprimido en una entidad, no implica solución de continuidad en el servicio para ningún efecto legal.

En ningún caso la incorporación podrá implicar desmejoramiento en las condiciones laborales y salariales de los funcionarios que ocupaban empleos de la planta anterior (...)."

Por lo expuesto anteriormente, no es procedente acceder a las peticiones respetuosas instauradas en su oficio, toda vez que de acuerdo con los sustentos de tipo legal enunciados, una vez dado el proceso de fusión, y con el fin de dar legalidad y continuidad a los derechos adquiridos por los funcionarios, tal como lo estableció el Acuerdo 641 de 2016, la Gerencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Occidente E.S.E., expidió la Resolución No. 003 del 25 de abril de 2016, *"por la cual se incorpora a los empleados públicos y trabajadores oficiales a la planta de empleos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., y se mantienen unas situaciones administrativas"*, al igual que la correspondiente Acta de Posesión – Incorporación diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Por lo anterior, si aún no han firmado el Acta de Posesión-Incorporación, los invito a que como funcionarios de la planta global de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. lo hagan, para continuar garantizando el reconocimiento de los derechos que les asiste como servidores públicos.

Cordialmente,

ALEXANDRA RODRÍGUEZ GÓMEZ
Gerente

Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Firma	Fecha
Revisó:	Aura Milena Moreno Ortiz / Subgerente Administrativa y Financiera		03/06/2016
Revisó:	Nora Patricia Jurado Pabón / Asesora Jurídica		03/06/2016
Transcribió y ajustó:	Víctor Raúl Venegas Anzola/ Profesional Universitario / Occidente Kennedy		03/06/2016
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.			

10

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Gina Paola Calderón Ostos

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 1030545205 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá

DIRECCIÓN: Transv 78 I Bis # 41 - 94 Sur | TELÉFONOS: 2736457 - 3123317841

MUNICIPIO: Cundinamarca | DEPARTAMENTO: Bogota | PAIS: Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Luz Marina Ostos Leon	51.572.393	Mamá
Jose Antonio Calderón	19.272.414	Papá

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [X], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 37.738.133
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$ 37.738.133

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	Ahorros	000500080841	Timiza	$ 8.979

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Automovil	Chevrolet Sail 1s	$ 21.950.000
	Modelo 2015	
	Placa UDM 753	

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Gina Paola Calderón Ostos

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 1030545205 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
Transv 78 I Bis # 41- 94 Sur	2736457 - 3123317841

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
Cundinamarca	Bogota	Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Luz Marina Ostos Leon	51.572.393	Mamá
Jose Antonio Calderón	19.272.414	Papá

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [X], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 37.738.133
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$ 37.738.133

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	Ahorros	000500080841	Timiza	$ 8.979

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Automovil	Chevrolet Sail 1s	$ 21.950.000
	Modelo 2015	
	Placa UDM 753	

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son :

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Chevy plan	Credito Automovil	$ 9.852.000
Davivienda	Credito libre Inversion	$ 26.306.421

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones :

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes :

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Gina Paola Calderón Ostos
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO

Bogotá 28 Marzo 2017
CIUDAD Y FECHA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

ACTA DE POSESIÓN - INCORPORACIÓN No. 00798 de 2017

En Bogotá D.C., a los siete (7) días del mes de abril de 2017, compareció al Despacho de la Gerencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., el (la) Señor (a) **GINA PAOLA CALDERON OSTOS**, identificado (a) con documento de identidad No. **1030545205**, con el objeto de tomar posesión del empleo de **TECNICO AREA SALUD**, Código **323**, Grado **13**, de la Planta de empleos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., con una asignación básica mensual de **$2179329**, para el cual fue incorporado mediante Resolución No. 243 del 7 de abril de 2017, *"Por medio de la cual se incorpora a los empleados públicos y trabajadores oficiales a la planta de empleos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., y se mantienen unas situaciones administrativas"*, proferida en virtud del Acuerdo de Junta Directiva No. 16 del 5 de abril de 2017, *"Por el cual se modifica la Planta de Personal, se adopta la Escala Salarial del Acuerdo 199 de 2005, para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., y se dictan otras disposiciones"*.

El Empleado Público que se incorpora conserva su carácter de inscrito(a) en **PROVISIONAL**.

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 141 del decreto 2150 de 1995, solo se exige la presentación de la cédula de ciudadanía.

Manifestó, bajo la gravedad de juramento, no estar incurso en causal alguna de inhabilidad general o especial, de incompatibilidad o prohibición de las establecidas por la Constitución Política, la Ley y demás disposiciones vigentes para el desempeño de empleos públicos.

Cumplidos los requisitos de Ley para tomar posesión, la Gerente le recibió el juramento de rigor que ordena el artículo 122 de la Constitución Política, y bajo su gravedad prometió cumplir fielmente con los deberes que el empleo le impone.

Para Constancia de lo anterior, se firma por quienes en ella intervinieron.

VICTORIA EUGENIA MARTÍNEZ PUELLO
Gerente

Gina Paola Calderón O
El posesionado (a)

52

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 08-jul-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CALDERON	OSTOS	GINA PAOLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030545205

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 2 MES MAY AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá, D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Transv 78 I bis No 41-94 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá, D.C. TELEFONO 2736457

EMAIL gipaocalderon25@gmail.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 BASICA											*TITULO* bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.* X	MES DICIEMBRE AÑO 2005

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 08-jul-2016

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Gina Paola Calderón Ostos

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.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Ultima Actualizacion: 08-jul-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 08-jul-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GINA PAOLA CALDERON OSTOS

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1030545205 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá, D.C.

Dirección Transv 78 i bis No 41-94 sur **Teléfonos** 3123317841 2736457

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Jose Antonio Calderon Moya	19272414	PADRE
Luz Marina Ostos Leon	51572393	MADRE

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 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	$ 33.961.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 3.128.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 9.636.000,00
TOTAL	$ 46.725.000,00

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
Davivienda	AHORROS	0550000500080841	Timiza	$ 6.806.907,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Davivienda	Credito Libranza	$ 29.948.906,00
Chevyplan	Credito vehiculo	$ 4.016.514,00

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 08-jul-2018

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** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	

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

Gina Paola Calderón Ostos

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 08-jul-2018

CIUDAD Y FECHA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 20-jun-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CALDERON	OSTOS	GINA PAOLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030545205

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 2 MES MAY AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Transv 78 i bis No 41-94 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2736457

EMAIL gipaocalderon25@gmail.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 BASICA											*TITULO* bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.* X	MES DICIEMBRE AÑO 2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Universitaria	8	X		INSTRUMENTACION QUIRURGICA	6	2011	1030545205

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 20-jun-2019

56

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gipaocalderon25@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4480030	DIA 1 MES 3 AÑO 2012	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
técnico área salud	salas de cirugia	Avenida 1ra de mayo 75 A 19 sur

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	7	3
Total	7	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 20-jun-2019

57

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Gina Paola Calderón Ostos

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-jun-2019

58

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GINA PAOLA CALDERON OSTOS

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1030545205 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Transv 78 i bis No 41-94 sur **Teléfonos** 3123317841 2736457

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Luz Marina Ostos Leon	51572393	Madre
Jose Antonio Calderón Moya	19272414	Padre

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 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	$ 31.283.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 3.909.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 11.227.000,00
TOTAL	$ 46.419.000,00

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
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	055000050008084 1	Timiza	$ 1.662.312,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Davivienda	Credito Libranza	$ 28.209.218,00
Chevyplan	Credito vehiculo	$ 0,00

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-jun-2019

58

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GINA PAOLA CALDERON OSTOS

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1030545205 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Transv 78 i bis No 41-94 sur **Teléfonos** 3123317841 2736457

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Luz Marina Ostos Leon	51572393	Madre
Jose Antonio Calderón Moya	19272414	Padre

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 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	$ 31.283.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 3.909.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 11.227.000,00
TOTAL	$ 46.419.000,00

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
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	0550000500080841	Timiza	$ 1.662.312,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Davivienda	Credito Libranza	$ 28.209.218,00
Chevyplan	Credito vehiculo	$ 0,00

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-jun-2019

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

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

Gina Paola Calderón Ostos
CC 1030545205 Bta

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 19-jun-2019

CIUDAD Y FECHA

SARLAFTCOL

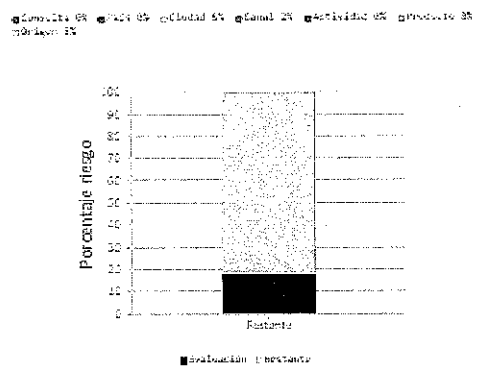
60

REPORTE

Nombre	Calderon ostos gina paola
Número de identificación	1030545205
Alias	
Fecha de reporte	Miercoles 19 de Junio del 2019, 3:04 pm
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	11001 bogotÁ, d.c.
Canal	Referido
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Medio
Lista	No se encontro en ninguna lista.
Actividad económica	-

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	EMPLEADO	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	5%
Canal	5%	2%
Actividad	5%	0%
Producto	5%	3%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		18%
		82%



SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin señales

Firma

MARIA RUBIELA MONSALVE OSPINA

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-may-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GINA PAOLA CALDERON OSTOS

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1030545205 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Transv 78 i bis No 41-94 sur **Teléfonos** 3123317841 2736457

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Jana Sofia Mendez Calderon	1016921426	Hijo(a)
Luz Marina Ostos Leon	51572393	Madre
Jose Antonio Calderón Moya	19272414	Padre

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 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	$ 37.175.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 3.960.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 9.637.000,00
TOTAL	$ 50.772.000,00

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
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	0550000500080841	Timiza	$ 9.727,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Davivienda	Credito Libranza	$ 23.782.027,00

Chevyplan	Credito vehiculo	$ 0,00

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** ⊗ **NO** ◯ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
Nilson Humberto Mendez Murillo	C.C ⊗ C.E ◯ T.I. ◯	1030546638

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

Gina Paola Calderon O.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 27-may-2020

CIUDAD Y FECHA

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICACION DE ACTIVIDADES

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CER.262-12

C E R T I F I C A :

Que **CALDERON OSTOS GINA PAOLA** Identificado con cédula de ciudadanía 1.030.545.205 de Bogotá, presta sus servicios bajo la modalidad de Orden de Prestación de Servicios como **INSTRUMENTADORA QUIRURGICA** en esta EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL, los cuales se relacionan a contin
ación:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO No.	VALOR TOTAL CONTRATO/ORDEN DE SERVICIO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	TIEMPO TOTAL MESES- DIAS*
3320	1.430.000	18-07-11	17-08-11	1 MES
3408	619.667	18-08-11	31-08-11	13 DIAS
3958	1.430.000	01-09-11	30-09-11	1 MES
3958-A	715.000	13-10-11	31-10-11	19 DIAS
4653	1.430.000	01-11-11	30-11-11	1 MES
5124	1.430.000	01-12-11	31-12-11	1 MES
411	1.430.000	01-01-12	31-01-12	1 MES
1099	1.430.000	01-02-12	29-02-12	1 MES

Se expide en Bogotá, Distrito Capital, a solicitud del interesado a los 15 días del Mes de Febrero de 2012.

MILTON JOSE HERNANDEZ ARIZA
Subgerente Administrativo

Proyectó: Luz Myriam Peña Toro

34

DAVIVIENDA

CERTIFICACIÓN

BOGOTA 2012/02/15

COLOMBIA,

Dirigido a: HOSPITAL KENNNEDY

Por medio de la presente hacemos constar que la señora GINA PAOLA CALDERON OSTOS con Cédula de Ciudadanía número 1030545205 de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	000500080841
Fecha Apertura	2011/07/25

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0005 - OFICINA TIMIZA

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Pablo.

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	COMUNICACIÓN INTERNA	

Bogota, D.C., 25 de Abril de 2013

GTH – **1042** - 2013

Funcionario (a):
CALDERON OSTOS GINA PAOLA
TECNICO ÁREA SALUD

Estimado Funcionario (a):

Atentamente me permito comunicarle que mediante **Resolución No. 174 del 23 de Abril de 2013**, le han sido aprobadas sus vacaciones correspondientes al periodo **1 de marzo de 2012 y el 28 de Febrero de 2013** las cuales comenzara a disfrutar a partir del 6 de mayo de 2013, debiendo reintegrarse el 28 de mayo de 2013.

Por lo anterior presentarse a esta Área el día 5 de mayo de 2013, con el fin de firmar los libros correspondientes y entregar la certificación del inventarios suscrita por el jefe o coordinador de la dependencia, el Técnico del Área de Activos Fijos, atendiendo en la **Resolución No. 000490 de Octubre de 2004.**

Felices Vacaciones y un pronto regreso

Cordialmente,

VICTOR RAUL VENEGAS ANZOLA
Líder Proceso de Gestión Humana

Beatriz Elena Santo

NOTA: Durante el tiempo de sus vacaciones, no podrá ocupar ningún cargo oficial ni semioficial, en cumplimiento de lo prescrito en el Decreto Ley 2385 de 1994

Elaboro: Katherine Moreno , Técnico Administrativo

Transversal 74 F No 40 S 54 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Occidente de Kennedy

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	COMUNICACIÓN INTERNA	

Bogota, D.C., 25 de Marzo de 2014

GTH –621- 2014

Funcionaria:
GINA PAOLA CALDERON
TECNICO AREA SALUD – QUIROFANOS Y ESTERILIZACION.

Estimada Funcionaria

Atentamente me permito comunicarle que mediante **Resolución No. 070 del 21 de Marzo de 2014,** le han sido aprobadas sus vacaciones correspondientes al periodo **01 de Marzo de 2013** y el **28 de Febrero de 2014,** las cuales comenzara a disfrutar a partir del **30 de Abril de 2014**, debiendo reintegrarse el día **22 de Mayo de 2014**.

Por lo anterior presentarse a la Oficina de Gerencia, el día, **29 de Abril de 2014**, con el fin de firmar los libros correspondientes y entregar la certificación de inventarios suscrita por el jefe o coordinador de la dependencia, el Técnico del Área de Activos Fijos, atendiendo en la **Resolución No. 000490 de Octubre de 2004.**

Felices Vacaciones y un pronto regreso

Cordialmente,

DR. RODRIGO JOSE GOMEZ OCAMPO
Subgerente Administrativo

NOTA: Durante el tiempo de sus vacaciones, no podrá ocupar ningún cargo oficial ni semioficial, en cumplimiento de lo prescrito en el Decreto Ley 2385 de 1994

Reviso: Ing. Víctor Raúl Venegas Anzola/Profesional Talento Humano.
Elaboro: Milena González / Técnico Administrativo

Transversal 74 F No 40 B 64 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Información: Línea 195

BOGOTÁ HUMANA

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel
COORDINACIÓN SALAS DE CIRUGÍA
FECHA: Marzo 27- 2014
HORA: 2:45 pm

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Occidente de Kennedy

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	COMUNICACIÓN INTERNA	SIG HOSK

3.

G.T.H. 855 - 15

Bogotá DC., 20 de abril de 2015

Señor(a) **C.C. 1030545205**
GINA PAOLA CALDERON OSTOS
INSTRUMENTADORA
SALAS DE CIRUGIA

Apreciado Señor(a):

Atentamente me permito comunicarle que a partir del **15/05/15** al **05/06/15**, le han sido concedidas sus vacaciones correspondientes a un año de servicios prestados a esta entidad, debiendo reintegrarse el **09/06/15**, según Resolución No. 307 del 10 de Abril de 2015.

Por lo anterior, le solicito hacer entrega del inventario a su cargo y presentarse a la **Gerencia** del Hospital el día hábil anterior a la fecha de inicio, con el fin de firmar el libro de vacaciones.

Estas vacaciones corresponden al periodo de servicios comprendido entre el **0/03/14** y el **28/02/15** y están liquidadas con **15** días.

Su fecha de causación se ha corrido **0** **días**, correspondientes a licencias sin remuneración o suspensiones.

Recuerde que en caso de aplazamiento por estrictas necesidades del servicio, la solicitud debe ser remitida por su jefe inmediato a la Gerencia del Hospital con ocho (8) días de antelación con el fin de tramitar la resolución respectiva.

Cordial Saludo,

RODRIGO JOSÉ GÓMEZ OCAMPO
Subgerente Administrativo

Hospital Occidente de Kennedy (III Nivel)
ORIENTACIÓN SALAS DE CIRUGÍA
22 ABRIL /2015 Gina Calderón
09:52 a m 22-04-15
Oscar 9:23 AM

cc. **Jefe inmediato**
Hoja de vida

Proyectó: Heily Milena González / Técnico Administrativo
Revisó: Víctor Raúl Venegas Anzola / Profesional Líder Gestión Humana

4

VACA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

305-1275
Bogotá DC., 12 de Julio de 2016

Señor(a) **C.C. 1030.545.205**
GINA PAOLA CALDERON OSTOS
TECNICO AREA SALUD
QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÒN

Apreciado Señor(a):

Atentamente me permito comunicarle que a partir del **08 de Agosto de 2016** al **29 de Agosto de 2016**, le han sido concedidas sus vacaciones correspondientes a un año de servicios prestados a esta entidad, debiendo reintegrarse el **30 de Agosto de 2016**, según Resolución **No. 329** del **05 de Julio de 2016.**

Por lo anterior, le solicito hacer entrega del inventario a su cargo y presentarse a la **Gerencia** del Hospital el día hábil anterior a la fecha de inicio, con el fin de firmar el libro de vacaciones.

Estas vacaciones corresponden al periodo de servicios comprendido entre el **01 de Marzo de 2015** y **el 29 de Febrero de 2016** y están liquidadas con **15** días.

Su fecha de causación se ha corrido **0** **días**, correspondientes a licencias sin remuneración o suspensiones.

Recuerde que en caso de aplazamiento por estrictas necesidades del servicio, la solicitud debe ser remitida por su jefe inmediato a la Gerencia del Hospital con ocho (8) días de antelación con el fin de tramitar la resolución respectiva.

Cordial Saludo,

VICTOR RAUL VENEGAS ANZOLA
Profesional Gestión Humana

cc. **Jefe inmediato**
Hoja de vida

Proyectó: Heily Milena González / Técnico Administrativo HP

Calle 9 # 39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
Info: Línea 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Recibido
14-07-16
H: 8:50 am
Andrea B

1030.545.205

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

SOLICITUD DE VACACIONES

Versión	1
Fecha de aprobación	15-12-2016
Código	04-02-FO-0004

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

Bogotá D C

Señores
Área de Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E S E
Bogotá D.C

Por la presente solicito me sean tramitadas las vacaciones a que tengo derecho. por haber laborado un año de servicios comprendido entre el 01 de Marzo de 2016 y el 01 de Marzo de 2017 dichas vacaciones desearía tomarlas a partir del 28 de Diciembre de 2017

Cordialmente.

Gina Paola Calderon Ostos
Nombre y apellidos

Cédula de ciudadanía No. 1030545205 de Bta

Cargo Instrumentadora Quirurgica

Lugar actual de trabajo Capas de Ginpia

Vo. Bo. Sandra Martinez .Vo Bo
Jefe Inmediato Subgerente/Asesor/Jefe de Oficina

ESPACIOS PARA SER DILIGENCIADOS POR EL ÁREA DE TALENTO HUMANO

Fecha de Ingreso _____ Ultimo periodo disfrutado _____

Licencias ordinarias sin sueldo _____

PERIODO QUE CUBRE	
FECHA DE DISFRUTE	

6

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

RO5-SU45
Bogotá D.C 23 de noviembre de 2017

MEMORANDO

PARA: GINA PAOLA CALDERON OSTOS
Técnico Área Salud
U.S.S Occidente de kennedy

DE: Directora Operativa de Gestión del Talento Humano

ASUNTO: Comunicación disfrute de vacaciones

Apreciado(a) Señora:

De manera atenta me permito comunicarle que mediante resolución No. 901 del 23 de noviembre de 2017, se ha autorizado el disfrute de vacaciones correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2016 y el 28 de febrero de 2017, a partir del 28 de diciembre de 2017, debiéndose reintegrar a sus labores el día 22 de enero de 2018.

Por lo anterior, le solicito acercarse a la oficina del líder de sede, director o jefe de oficina en la que presta sus servicios, para efectos de firmar la respectiva resolución de vacaciones.

Cordialmente,

MARÍA RUBIELA MONSALVE OSPINA

Copia: Historia Laboral

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.				
Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Revisado por :	María Rubiela Monsalve Ospina	Directora Operativa de Gestión del Talento Humano		23/11/2017
Proyectado por:	Diego Alexander Neira Quitian	Profesional Universitario		23/11/2017

7

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SOLICITUD DE VACACIONES	Versión:	1	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-12-2016	
		Código:	04-02-FO-0004	

Bogotá D.C.,

Señores
Área de Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E
Bogotá D.C.

Por la presente solicito me sean tramitadas las vacaciones a que tengo derecho, por haber laborado un año de servicios, comprendido entre el 01 de Marzo de 2017 y el 01 de Marzo de 2018, dichas vacaciones desearía tomarlas a partir del 03 de Agosto de 2018.

Cordialmente,

Gina Paola Calderón Ostos
Nombre y apellidos

Cédula de ciudadanía No. 1030545205 de Bogotá

Cargo Tecnico Asistencial

Lugar actual de trabajo Hospital de Kennedy III N.C.

Vo. Bo. Sandy Martinez . Vo Bo
Jefe Inmediato Subgerente/Asesor/Jefe de Oficina

ESPACIOS PARA SER DILIGENCIADOS POR EL ÁREA DE TALENTO HUMANO

Fecha de Ingreso_____ Ultimo periodo disfrutado_____

Licencias ordinarias sin sueldo _____

PERIODO QUE CUBRE	
FECHA DE DISFRUTE	

5

8

Sala de cirugía 2 piso.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

COMUNICACIÓN INTERNA

R05-SU45

Bogotá D.C., 26 de julio de 2018

PARA: Señora Gina Paola Calderón Ostos 1030545205
Técnico Área Salud
U.S.S Occidente de kennedy

DE: Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano

Asunto: COMUNICACIÓN DISFRUTE DE VACACIONES

Atento saludo,

De manera atenta me permito comunicarle que mediante Resolución No. 0537 del 25 de julio de 2018, le ha sido concedido el disfrute de vacaciones correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 28 de febrero de 2018, a partir del 3 de agosto de 2018, debiéndose reintegrar a sus labores el día 28 de agosto de 2018.

Por lo anterior, le solicito acercarse a la oficina del líder de sede, director o jefe de oficina en la que presta sus servicios, para efectos de firmar la respectiva Resolución de vacaciones.

Atentamente

MARÍA RUBIELA MONSALVE OSPINA
DIRECTORA OPERATIVA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Declaro que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Elaborado por:	Diego Alexander Neira Quitian	Profesional Universitario		26/07/2018
Revisado por :	María Rubiela Monsalve Ospina	Directora Operativa de Gestión del Talento Humano		26/07/2018

Buscar en Correo y Conta... Nuevo | Responder | Eliminar Archivar Mover a Categorías •••

Carpetas
- Bandeja de ent 1103
- Correo no desea 15
- Borradores 333
- **Elementos enviados**
- Elementos eliminado
- Archivo
- Conversation History

COMUNICADO VACACIONES

milena gonzalez
Hoy, 2:43 p.m.
Sam140206@hotmail.com; dirhospitalarios@subredsuroccidente.gov.co; gipaocalderon25@gmail.com

COMUNICACIÓN VACA...
90 KB

descargar Guardar en OneDrive - Personal

Atento saludo:

De manera atenta me permito enviarles comunicado de vacaciones correspondiente a la Doctora, GINA PAOLA CA fines pertinentes.

Cordialmente,

MILENA GONZÁLEZ
TÉCNICO 2- TALENTO HUMANO
TEL: 3682246

NOTA: FAVOR CONFIRMAR RECIBIDO POR ESTE MEDIO. GRACIAS.

Actualizar a Premium

C.C 1030545205

10

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E

COMUNICACIÓN INTERNA

R05-SU45

Bogotá D.C., 26 de julio de 2018

PARA: Señora Gina Paola Calderón Ostos
Técnico Área Salud
U.S.S Occidente de kennedy

DE: Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano

Asunto: COMUNICACIÓN DISFRUTE DE VACACIONES

Atento saludo,

De manera atenta me permito comunicarle que mediante Resolución No. 0537 del 25 de julio de 2018, le ha sido concedido el disfrute de vacaciones correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 28 de febrero de 2018, a partir del 3 de agosto de 2018, debiéndose reintegrar a sus labores el día 28 de agosto de 2018.

Por lo anterior, le solicito acercarse a la oficina del líder de sede, director o jefe de oficina en la que presta sus servicios, para efectos de firmar la respectiva Resolución de vacaciones.

Atentamente

MARÍA RUBIELA MONSALVE OSPINA
DIRECTORA OPERATIVA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Declaro que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Elaborado por:	Diego Alexander Neira Quitian	Profesional Universitario		26/07/2018
Revisado por :	María Rubiela Monsalve Ospina	Directora Operativa de Gestión del Talento Humano		26/07/2018

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	FORMATO SOLICITUD DE VACACIONES	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	05/07/2018	
		Código	04-02-FO-0004	

Bogotá D.C.,

Dirección Operativa Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

De manera atenta solicito me sean tramitadas las vacaciones a que tengo derecho, por haber laborado un año de servicios comprendido:

Entre el	DÍA	MES	AÑO	y el	DÍA	MES	AÑO
	01	03	2018		01	03	2019

A partir del:	DÍA	MES	AÑO
	15	08	2019

Cordialmente,

Nombres y Apellidos del Funcionario:	GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS
Tipo y número de documento:	CC. 1'030.545.205 BTÁ.
Denominación del empleo:	TÉCNICO - ASISTENCIAL
Lugar Actual de Trabajo (Unidad y servicio)	U. KENNEDY - SALAS CIRUGÍA
Correo Electrónico:	gipaocalderon25@gmail.com
Teléfonos:	3123317841
Firma del funcionario	Gina Paola Calderón Ostos

Vo.Bo. Jefe Inmediato

Vo.Bo. Subgerente/Asesor/Jefe de Oficina/Director

Espacios para ser diligenciados por la Dirección de Gestión del Talento Humano

Fecha de ingreso:		**Ultimo periodo disfrutado:**	
Licencias o interrupciones:			
Periodo Concedido:			
Fechas de disfrute:			

8-1-2019

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

12

Archivo

NOTA INTERNA

20194360009013
Bogotá D.C., *23-07-2019_S*

DE: DIRECTOR OPERATIVO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

PARA: SEÑORA GINA PAOLA CALDERON OSTOS
TÉCNICO ÁREA SALUD
U.S.S KENNEDY SALAS DE CIRUGÍA

ASUNTO: COMUNICACIÓN DE VACACIONES

De manera atenta me permito comunicarle que mediante Resolución No. 0512 del 22 de julio de 2019, le ha sido concedido el disfrute de vacaciones correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2018 y el 28 de febrero de 2019, a partir del 15 de agosto de 2019, debiéndose reintegrar a sus labores el día 6 de septiembre de 2019.

Por lo anterior, le solicito acercarse a la oficina del líder de sede, director o jefe de oficina en la que presta sus servicios, para efectos de firmar la respectiva Resolución de vacaciones.

Cordialmente,

MARÍA RUBIELA MONSALVE OSPINA
Directora Operativa de Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Revisado por :	Janneth Patricia Algarra Vargas	Profesional Universitario - Dirección Gestión del Talento Humano		
Elaborado por:	Diego Alexander Neira Quitian	Profesional Universitario II – OPS Dirección Gestión del Talento Humano		

CC. 1030545205

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
OCCIDENTE DE KENNEDY
29 JUL 2019
Hora 12+15pm
Recibido Enfermería

(9)

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	FORMATO SOLICITUD DE VACACIONES	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	05/07/2018	
		Código	04-02-FO-0004	

Bogotá D.C.,

Dirección Operativa Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

De manera atenta solicito me sean tramitadas las vacaciones a que tengo derecho, por haber laborado un año de servicios comprendido:

	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
Entre el	01	03	2019	**y el**	01	03	2020

	DÍA	MES	AÑO
A partir del:	18	12	2020

Cordialmente,

Nombres y Apellidos del Funcionario:	Gina Paola Calderón Ostos
Tipo y número de documento:	CC. 1030545205 Bta
Denominación del empleo:	Tecnico Asistencial
Lugar Actual de Trabajo (Unidad y servicio)	USS Kennedy - Salas de Cirugía
Correo Electrónico:	gipaocalderon25@gmail.com
Teléfonos:	3123317841 - 2736457

Firma del funcionario

Gina Paola Calderón Ostos
CC 1030545205 Bta

Vo.Bo. Jefe Inmediato

Vo.Bo. Subgerente/Asesor/Jefe de Oficina/Director

Espacios para ser diligenciados por la Dirección de Gestión del Talento Humano

Fecha de ingreso:		**Ultimo periodo disfrutado:**	

Licencias o interrupciones:	
Periodo Concedido:	
Fechas de disfrute:	

13/01/2020

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NOTA INTERNA

20204300049163
Bogotá D.C., *24-11-2020_S*

DE: DIRECTOR OPERATIVO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

PARA: SEÑORA GINA PAOLA CALDERÓN OSTOS
TÉCNICO ÁREA SALUD
U.S.S KENNEDY SALAS DE CIRUGÍA
gipaocalderon25@gmail.com

ASUNTO: COMUNICACIÓN DE VACACIONES

De manera atenta me permito comunicarle que mediante Resolución No. 0702 del 23 de noviembre de 2020, le ha sido concedido el disfrute de vacaciones correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2019 y el 28 de febrero de 2020, a partir del 18 de diciembre de 2020, debiéndose reintegrar a sus labores el día 13 de enero de 2021.

Por lo anterior, le solicito acercarse a la oficina del líder de sede, director o jefe de oficina en la que presta sus servicios, para efectos de firmar la respectiva Resolución de vacaciones.

Cordialmente,

JOHANNA PATRICIA RODRÍGUEZ GÓMEZ
Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

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.

Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Aprobado por:	Johanna Patricia Rodríguez Gómez	Director Operativo - Dirección de Gestión del Talento Humano		
Revisado por :	Karim Johanna Camacho Hernández	Profesional Especializado I - OPS		
Elaborado por:	Diego Alexander Neira Quitian	Profesional Universitario II – OPS		

CC. 1030545205

Natalia Moreno 01-12-20