REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

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

FIJA LISTA 1 (3 DIAS)

RADICACIÓN: **11001333502020200004901**
MEDIO DE CONTROL: **NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**
DEMANDANTE: **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ**
DEMANDADO: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE**

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

DÍA DE FIJACIÓN: **23 de febrero de 2023, a las 8:00 a.m.**
EMPIEZA TRASLADO: **24 de febrero de 2023, a las 8:00 a.m.**
VENCE TRASLADO: **28 de febrero de 2023, a las 5:00 a.m.**

DEICY JOHANNA IMBACHI OME
Oficial Mayor
Subsección E

Elaboró: MIBC
Revisó: Deicy I.

RV: ALLEGANDO SOLICITUD PROCESO 110013335020 2020 00049 01

Seccion 02 Subseccion 05 Tribunal Administrativo - Cundinamarca - Cundinamarca <scs02sb05tadmincdm@notificacionesrj.gov.co>

Vie 17/02/2023 5:03 PM

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

1 archivos adjuntos (19 MB)

PROCESO DIANA M GUZMAN 01_COMPRIMIDO.pdf;

De: *Secretario 01 General Tribunal Administrativo -Seccional Bogota <scregtadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co>*
Enviado: viernes, 17 de febrero de 2023 4:57 p. m.
Para: Seccion 02 Despacho 13 Tribunal Administrativo - Cundinamarca - Cundinamarca <s02des13tadmincdm@notificacionesrj.gov.co>; Seccion 02 Subseccion 05 Tribunal Administrativo - Cundinamarca - Cundinamarca <scs02sb05tadmincdm@notificacionesrj.gov.co>
Asunto: RV: ALLEGANDO SOLICITUD PROCESO 110013335020 2020 00049 01

De: Notificaciones Judiciales <notificacionesjudiciales@subrednorte.gov.co>
Enviado: viernes, 17 de febrero de 2023 3:56 p. m.
Para: memoriales2setac@cendoj.ramajudicial.gov.co <memoriales2setac@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Secretario 01 General Tribunal Administrativo -Seccional Bogota <scregtadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Seccion 02 Despacho 14 Tribunal Administrativo - Cundinamarca - Cundinamarca <s02des14tadmincdm@notificacionesrj.gov.co>
Cc: XIMENA Quintero <ximena.subrednorte@gmail.com>
Asunto: RV: ALLEGANDO SOLICITUD PROCESO 110013335020 2020 00049 01

Buen día dando alcance a lo solicitado por auto No 542 lo solicitado dentro del proceso 110013335020 2020 00049 01 DIANA MIREYA GUZMÁN GUTIÉRREZ se envió la documentación requerida por su despacho QUEDANDO ATENTA ASU ACUSE DE RECIBIDO.

CONSECUTIVO No. 213

EL (A) SUSCRITO (A) DIRECTOR (A) DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 del 06 de abril de 2016 se reorganizó el Sector Salud en el Distrito Capital; el Artículo 5 del Acuerdo en mención, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas; revisados los archivos que reposan en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., se evidenció que, la señora **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ** identificada con C.C. Núm. 52.874.854, estuvo vinculada a través de los Contratos de Prestación de Servicios relacionados a continuación, durante el periodo comprendido entre el **17 de agosto de 2011** y el **30 de septiembre de 2016.**

No. Contrato	Fecha de Ingreso	Fecha de terminación	Honorarios
3990-2011	17-08-2011	31-10-2011	986.109
4298-2011	01-11-2011	31-12-2011	986.109
0213-2012	01-01-2012	01-02-2012	986.109
1195-2012	01-03-2012	31-12-2012	986.109
0183-AsAG-2013	02-01-2013	31-12-2013	1.200.000
0007-2014	01-01-2014	31-12-2014	1.200.000
0293-2015	01-01-2015	31-01-2015	1.200.000
2464-2015	10-05-2015	31-12-2015	1.300.000
0553-2016	01-01-2016	31-01-2016	1.300.000
1651-2016	01-02-2016	30-06-2016	1.365.000
1428-2016	01-07-2016	31-07-2016	1.365.000
488-2016	01-08-2016	30-09-2016	1.365.000

El objeto, valor, plazo y actividades (descritas en cada requerimiento), se encuentran convenidos por las partes y consignados en el clausulado de cada uno de los contratos antes referidos.

La presente se expide a solicitud de la Oficina Asesora Jurídica, en Bogotá D.C. a los trece (13) días del mes de noviembre de 2020.

MONICA BRIGETTE CELY RAMOS
Directora de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano).

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Agosto 01 de 2013 CRP. No. **4443**

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2013 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1238

LA SUMA INICIAL DE :	**1,200,000.00**
CON UN REINTEGRO DE :	**.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE :	**1,200,000.00**

UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS 183-13
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 183-13
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA OPS 183-13 DP.1238

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Agosto DE 2013.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Julio 01 de 2013 CRP. No. 3586

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2013 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1059

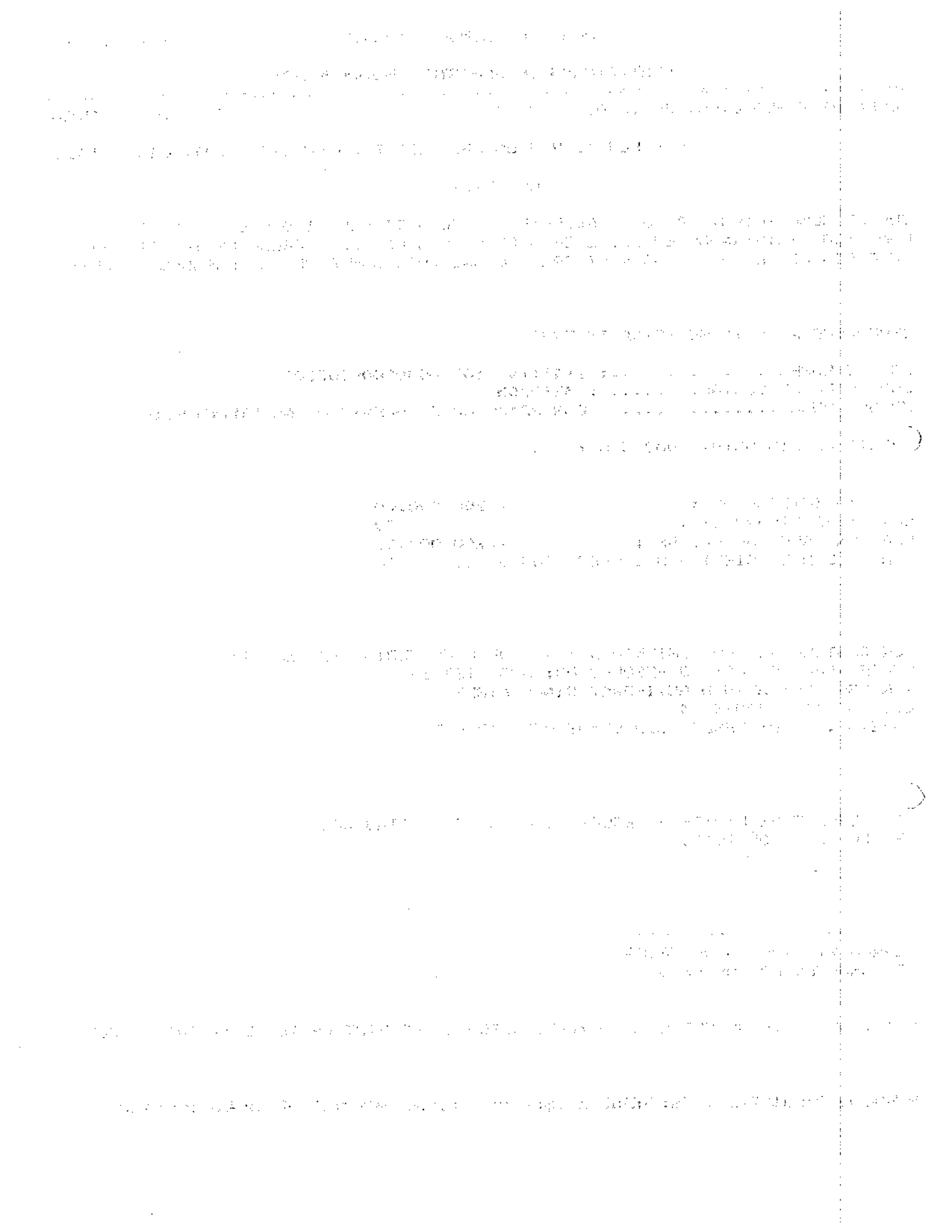
LA SUMA INICIAL DE : **1,200,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1,200,000.00**
UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS 0183-13
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 0183-13
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : GUTIERREZ ROZO LEYDY OPS 0183-13

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Julio DE 2013.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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



CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Octubre 03 de 2013 CRP. No. **5837**

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2013 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

CON CARGO A LA DISPONIBILIDAD NRO : 1543

LA SUMA INICIAL DE : **1,200,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1,200,000.00**
UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERTMERIA OPS 0183.13
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 183.13
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : GUZMAN DIANA OPS 183.13 DP.1543

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 3 DIAS DEL MES DE Octubre DE 2013.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

Page 1 of 2

CERTIFICATE OF INCORPORATION

Company No. 00000000

I HEREBY CERTIFY that the above-named company was duly incorporated under the Companies Act 1985 on the 1st day of January 2000.

Given under my hand at the Companies Registration Office, Cardiff, this 1st day of January 2000.

[illegible]

Assistant Registrar of Companies

COMPANY NUMBER: 00000000

COMPANY NAME: [illegible]

REGISTERED OFFICE: [illegible]

DATE OF INCORPORATION: 1st January 2000

COMPANY TYPE: Private company limited by shares

SIC CODE(S): [illegible]

SHARE CAPITAL

Authorised share capital:	£1,000,000.00
Number of shares:	1,000,000
Nominal value of each share:	£1.00
Amount paid up:	£1,000,000.00
Amount unpaid:	£0.00

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Page 2 of 2

PRORROGA No.6 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0183 – 2013 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el Contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No **.0183 - 2013**, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° **0183 – 2013**, cuyo objeto es **"Auxiliar de Enfermería"** del hospital. 2-) De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta los 31 días del mes de Diciembre 2013 **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 29 días del mes de Noviembre de 2013.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

El Contratista

Diana Guzman 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista

Proyectó: Y Revisó: José Henry Orozco Martínez

ADICION No. 5 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0183– 2013 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 51874854 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No .0183 – 2013, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0183- 2013 cuyo objeto es prestación de servicios como **"Auxiliar de Enfermería"** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS m/cte ($1.200.000) m/cte, SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 1786 del 3 de Diciembre de 2013 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 03 días del mes de Diciembre de 2013.

EL HOSPITAL **EL CONTRATISTA**

Diana Guzman Sanchez

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**

Subgerente Administrativa Contratista

Revisó: José Alexander Moreno Páez

Hospital
Simón Bolívar

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

PRORROGA No. 4 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0183 – 2013 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No **51.874.854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No **.0183 - 2013**, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° **0183 – 2013**, cuyo objeto es **Prestación del servicio como auxiliar de Enfermería** del hospital. 2-) De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 30 de Noviembre de 2013 **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de Octubre de 2013

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista

Proyectó: Y Revisó: José Alexander Moreno Páez

ADICION No. 4 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0183– 2013 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución N° 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta N° 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA ,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 51.874.854 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No .0183 – 2013, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0183 - 2013 cuyo objeto es **"Prestación del servicio como auxiliar de Enfermería"** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS m/cte ($1.200.000) m/cte, SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 1727 del 19 de Noviembre de 2013 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 19 días del mes de noviembre de 2013

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ

Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Contratista

Revisó: José Alexander Moreno Páez

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

PRÓRROGA Nº 8 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº. 1195–2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía Nº51.629.978, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del Hospital Simòn Bolivar, según Resolución Nº0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado (a) con la Cedula de Ciudadanía Nº 52874854 hemos acordado celebrar la presente prórroga a la orden de suministro de servicios Nº 1195-2012, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N° 1195-2012 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA en el área ASISTENCIAL del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución de la orden. **3-)** Que la Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución de la orden hasta el 31 de Diciembre de 2012. **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los treinta (30) días del mes de Noviembre de dos mil doce (2012).

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán. 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Proyectó: Marcela del Pilar Novoa Vargas
Revisó: John Hernando Gaona Garcia

Calle 165 Nº7 - 06
Teléfono: 676 7940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

BOGOTÁ HUMANA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

ADICIÓN No. 6 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS No 1195– 2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía FINANCIERA, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del Hospital Simón Bolivar, según Resolución No. 0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 52874854, hemos acordado celebrar la presente adición a la orden de suministro de servicios No .1195- 2012 previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N° 1195- 2012 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como **AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA** en el área **ASISTENCIAL** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución de la orden. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en la suma de **UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DIECIOCHO PESOS ($1.972.218). SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 1846 del 10/12/2012 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del Hospital Simón Bolivar. **TERCERA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los diez (10) días del mes de Diciembre de 2012.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman · 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista

Proyectó: Marcela del Pilar Novoa Vargas
Revisó: John Hernando García García

Calle 165 # 7 – 06
Teléfono 6767940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

BOGOTÁ HUMANA

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Diciembre 10 de 2012 CRP. No. 5232

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL ANO 2012 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1846

LA SUMA INICIAL DE : 1.972.218.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.972.218.00
UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DIECIOCHO PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUXILIAR SERV. ENFERMERIA
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS.1195
A NOMBRE DE: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C. o NIT : 52874854
OBJETO : DIANA M. GUZMAN DP.1846 OPS.1193

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 10 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 2012.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ORIGINAL Fec-Imp: 2012/12/12 Hor-Imp: 02:52:59 Usu-Imp: admore Ter: admore AAAA/MM: 2012-12 Dep: A11A cpocre 4.1.7

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

PRORROGA Nº 5 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº1195–2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía Nº51.629.978, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del Hospital Simòn Bolìvar, según Resolución Nº0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado (a) con la Cedula de Ciudadanía Nº52.874.854 hemos acordado celebrar la presente prórroga a la orden de suministro de servicios Nº1195-2012, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N°1195-2012 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA en el área de MEDICINA INTERNA del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución de la orden. **3-)** Que la Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución de la orden hasta el 30/09/2012. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los Treinta y un (31) días del mes de Agosto de dos mil doce (2012).

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Aprobó: Dra. Sonia Esmeralda Sanchez
Revisó: Dra. Mónica Cely
Proyectó. Viviana Franco Celina

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Agosto 31 de 2012 CRP. No. 2809

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2012 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: FUSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1305

LA SUMA INICIAL DE : 1.219.916.079.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.219.916.079.00
UN MIL DOSCIENTOS DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL SETENTA Y NUEVE PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: PERSONAL ASISTENCIAL AGOSTO/12
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: V111-12
A NOMBRE DE: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIV**
C.C. o NIT : **800196433**
OBJETO : HUSPITAL SIMON BOLIVAR DP 1305

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 31 DIAS DEL MES DE Agosto DE 2012.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

ADICIÓN Nº 3 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº 1195–2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA.

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía Nº51.629.978, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del Hospital Simòn Bolìvar, según Resolución Nº0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado (a) con la Cedula de Ciudadanía Nº 52.874.854 hemos acordado celebrar la presente Adición a la orden de suministro de servicios Nº**1195**-2012, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N°**1195**-2012 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA en el área de ASISTENCIAL del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente Adición con el fin de lograr la correcta ejecución de la orden. **3-)** Que la Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en la suma de **NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS M/CTE ($986.109). SEGUNDA**: La presente adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal Nº 1305 del 29/08/2012 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del Hospital Simón Bolívar. **TERCERA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los veintinueve (29) días del mes de Agosto de dos mil doce (2012).

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmàn 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Proyectó: Marcela del Pilar Novoa Vargas
Revisó: Dra. Mónica Cely

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Agosto 29 de 2012 CDP. No. 1305

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

CODIGO RUBRO.....: 1141114321030000000000105001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3Z10305
NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 65.999.700.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1.337.504.538.00
SALDO DE APROPIACION : 1.403.504.238.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: VIVIANA FERNANDA MENESES ROMER.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
PERSONAL ASISTENCIAL AGOSTO/12

POR UN VALOR INICIAL DE : 1.254.638.049.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.254.638.049.00
UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 65.999.700.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 82.866.489.00

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ORIGINAL Fec-imp: 2012/08/29 Hor-imp: 14:24:51 Usu-imp: adpdre Ter: txb AAAA/MM: 2012-08 Dep: TOSA copc01 4.1.3

29-08-12 2:35 P

PRÓRROGA Nº 6 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº1195 - 2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía Nº51.629.978, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del Hospital Simòn Bolivar, según Resolución Nº0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado (a) con la Cedula de Ciudadanía Nº 52.874.854 hemos acordado celebrar la presente prórroga a la orden de suministro de servicios Nº**1195** - 2012, previa las siguientes consideraciones: **1)-** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios Nº**1195** - 2012 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA del hospital. **2)-** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución de la orden. **3)-** Que la Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución de la orden hasta el 31/10/2012.**SEGUNDA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los Veintiocho (28) días del mes de Septiembre de dos mil doce (2012).

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Proyectó: Marcela del Pilar Novoa Vargas
Revisó: Dra Mónica Cely

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 01 de 2012 CDP. NO. 1464

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES :	65.000.000.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE :	975.822.574.00
SALDO DE APROPIACION :	1.040.822.574.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: VIVIANA FERNANDA MENESES ROMER.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
PERSONAL ASISTENCIAL SEPTIEMBRE/12

POR UN VALOR INICIAL DE :	975.822.574.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE :	.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE :	975.822.574.00

NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 65.000.000.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : .00

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

ADICIÓN No. 4 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS No 1195– 2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía FINANCIERA, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del Hospital Simón Bolivar, según Resolución No. 0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 52874854, hemos acordado celebrar la presente adición a la orden de suministro de servicios No .1195- 2012 previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N° 1195- 2012 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como **AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA** en el área **ASISTENCIAL** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución de la orden. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en la suma de **NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS ($986.109) SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 1464 del 01/09/2012 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del Hospital Simón Bolivar **TERCERA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma al primer (1) día del mes de Septiembre de 2012.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán 1284891g
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista

Proyectó: Marcela del Pilar Novoa Vargas
Revisó: Monica Cely

Calle 165 # 7 – 06
Teléfono 6767940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

BOGOTÁ HUMANA

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 01 de 2012 CRP. No. 3286

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL ANO 2012 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1464

LA SUMA INICIAL DE : 986,109.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 986,109.00
NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUXILIAR DE ENFERMERIA
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1195/12
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA M. OPS 1195/12 DP 1464

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Septiembre DE 2012.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ORIGINAL Fec-Imp: 2012/09/24 Hor-Imp: 10:40:22 Usu-Imp: admpre Ter: tzo AAAA/MM: 2012-09 Dep: A11A copcre 4.1.7

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

ADICIÓN Nº 5 Y PRORROGA No. [redacted] A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº 1195–2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía Nº51.629.978, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del Hospital Simòn Bolìvar, según Resolución Nº 0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA** Identificado (a) con la Cedula de Ciudadanía Nº [redacted] hemos acordado celebrar la presente Adición y Prorroga a la orden de suministro de servicios Nº 1195 2012, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N° [redacted]-2012 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA en el área de ASISTENCIAL del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente Adición y Prorroga, con el fin de lograr la correcta ejecución de la orden. **3-)** Que la Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición y Prorroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en la suma de [redacted]. **SEGUNDA**: La presente adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal Nº 1590 del 11 de octubre de 2012 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del Hospital Simón Bolívar. **TERCERA:** Prorrogar el plazo de la orden hasta el 30 de Noviembre de 2012. **CUARTA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación. Para constancia se firma a los once (11) días del mes de Octubre de dos mil doce (2012).

EL HOSPITAL **EL CONTRATISTA**

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Diana Guzman 52814854.
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Proyectó: Marcela del Pilar Novoa Vargas
Revisó: John Hernando Garcia Garcia

Calle 165 Nº7 - 06
Teléfono: 676 7940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

BOGOTÁ HUMANA

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Octubre 11 de 2012 CRP. No. 4298

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL ANO 2012 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1590

LA SUMA INICIAL DE : 986.109.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 986.109.00
NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX ENFERMERIA
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1195
A NOMBRE DE: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C. o NIT : 52874854
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA OPS 1195 DP1590

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 11 DIAS DEL MES DE Octubre DE 2012.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Octubre 11 de 2012 CDP. No. 1590

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : OFSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 72.341.330.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1.199.803.550.00
SALDO DE APROPIACION : 1.272.144.880.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: VIVIANA FERNANDA MENESES ROMER.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
SERV ASISTENCIAL NOMINA 2012

POR UN VALOR INICIAL DE : 1.199.803.550.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.199.803.550.00
UN MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 72.341.330.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : .00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (30) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

[illegible]

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez	No. ORDEN : 183
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854	CENTRO DE COSTO: A11A
OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería	
DURACIÓN DE LA ORDEN: 12 meses	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-01-2013	FECHA TERMINACIÓN: 31 -12-2013
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 14.400.000	VALOR A PAGAR EN EL MES:1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.12.2013 al 31.12.13	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermería, balances de líquidos	✓		
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , trasfusiones ,glucometría	✓		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	✓		
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	✓		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de líquidos ,	✓		
6	Arreglo de salas ,custodias de historias	✓		
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplir las normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios	✓		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

L. Giselle Hoyos R.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzmán

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52.874854 Bogota

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
41.650.745

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 31 DE DICIEMBRE DE 2013

COMPROBANTE DE PAGO POR EMPLEADO POR ADMINISTRADORA

Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

EMPRESA APORTANTE	
Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
No. de Documento	52874854
Tipo Aportante	2. INDEPENDIENTE...

DATOS AFILIADO			
Nombres y Apellidos	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Tipo de Identificación	CC	No. de Documento	52874854

DATOS PLANILLA			
Periodo pago	Desde	2013	12
	Hasta	2013	12

DETALLE POR AFILIADO

Datos de Administradora			Novedades																			
Código	NIT	Nombre Administradora	Ingreso	Retiro	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Valor Aporte	Periodo de Aporte	Número Planilla
231001	8002279406	AFP OBLIGATORIAS COLFONDOS																00	94,320	12/2013	23972272
EPS005	8002514406	E.P.S. SANITAS S.A.																00	73,700	12/2013	23972272

El presente se expide a los 19 días del mes 12 de 2013

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Diciembre 03 de 2013 CRP. No. 631-3

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL ANO 2013 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1786

LA SUMA INICIAL DE :	1,200,000.00
CON UN REINTEGRO DE :	.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE :	1,200,000.00

UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS.183.13
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 183/13
A NOMBRE DE: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C. o NIT : 52074854
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA OPS.183.13

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 3 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 2013.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ORIGINAL Fec-Imp: 2013/12/13 Hor-Imp: 11:58:40 Usu-Imp: adapre Ter: presup3 AAAA/MM: 2013-12 Dep: A11A cppcre 4.1.7

243

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

115

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez — No. ORDEN : 183
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 — CENTRO DE COSTO: A11A
OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería
DURACIÓN DE LA ORDEN: 11 meses — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-11-2013 — FECHA TERMINACIÓN: 30 -11-2013
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 13.200.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES:1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.11.2013 al 30.11.13 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermería, balances de líquidos	✓		
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , trasfusiones ,glucometría	✓		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	✓		
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	✓		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de líquidos ,	✓		
6	Arreglo de salas ,custodias de historias	✓		
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplir las normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios	✓		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

I. Giselle Hawaux F.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52.874854 Bogota

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
41.650.745

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: 30 DE NOVIEMBRE DE 2013

COMPROBANTE DE PAGO POR EMPLEADO POR ADMINISTRADORA

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

EMPRESA APORTANTE	
Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
No. de Documento	52874854
Tipo Aportante	2. INDEPENDIENTE...

DATOS AFILIADO			
Nombres y Apellidos	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Tipo de Identificación	CC	No. de Documento	52874854

PLANILLA			
Periodo pago	Desde	2013	11
	Hasta	2013	11

Datos de Administradora			Novedades															
Código	NIT	Nombre Administradora	Variación	Ausen	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	LNR
231001	800227940-6	AFP OBLIGATORIAS COLFONDOS															00	
EPS005	800251440-6	E.P.S. SANITAS S.A.															00	

Valor Aporte	Periodo de Aporte	Número Planilla
94,320	11/2013	23504012
73,700	11/2013	23504012

El presente se expide a los 23 días, del mes 11 de 2013

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Noviembre 19 de 2013 CRP. No. 7365

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2013 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1727

LA SUMA INICIAL DE : **1,200,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1,200,000.00**
UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS 183.13
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 183 13
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA OPS.183.13

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 19 DIAS DEL MES DE Noviembre DE 2013.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

270

255

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez	No. ORDEN : 183
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854	CENTRO DE COSTO: A11A
OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería	
DURACIÓN DE LA ORDEN: 10 meses	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-01-2013	FECHA TERMINACIÓN: 31 -10-2013
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 12.000.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.10.2013 al 31.10.13	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermería, balances de líquidos	✓		
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , trasfusiones ,glucometría	✓		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	✓		
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	✓		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de líquidos ,	✓		
6	Arreglo de salas ,custodias de historias	✓		
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplir las normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios	✓		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Giselle Hauzeur

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzmán

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CC. 52.874854 Bogota

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

41.650.345

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: 31 de octubre de 2013

Mapeth Chyurey

COMPROBANTE DE PAGO POR EMPLEADO POR ADMINISTRADORA

SIMPLE

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

Datos Empresa Aportante	
Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
No. de Documento	52874854
Tipo Aportante	2. INDEPENDIENTE...

Datos Afiliado			
Nombres y Apellidos	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Tipo de Identificación	CC	No. de Documento	52874854

Periodo Pago			
Periodo pago	Desde	2013	10
	Hasta	2013	10

| Datos de Administradora | | | Novedades | | |

Hospital
Simón Bolívar

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

PRORROGA No. 4 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0183 – 2013 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No **51.874.854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No **.0183 - 2013**, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° **0183 – 2013**, cuyo objeto es **Prestación del servicio como auxiliar de Enfermería** del hospital. 2-) De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 30 de Noviembre de 2013 **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de Octubre de 2013

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista 51874854

Proyectó: Y Revisó: José Alexander Moreno Páez

Hospital
Simón Bolívar

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

ADICION No. 3 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0183 – 2013 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 52874854 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No .0183 – 2013, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0183 - 2013 cuyo objeto es **"Prestación del servicio como auxiliar de Enfermería"** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS m/cte ($1.200.000) m/cte, SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 1543 del 3 de Octubre 2013 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 03 días del mes de Octubre de 2013

EL HOSPITAL | **EL CONTRATISTA**

Diana Guzman

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ | **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
5787485cl.

Subgerente Administrativa | Contratista

Proyectó: Y Revisó: José Alexander Moreno Páez

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez — No. ORDEN : 183
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 — CENTRO DE COSTO: A11A
OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería
DURACIÓN DE LA ORDEN: 9 meses — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-01-2013 — FECHA TERMINACIÓN: 30 -09-2013
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 10.800.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES:1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.09.2013 al 30.09.2013 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermería, balances de líquidos	✓		
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , transfusiones ,glucometría	✓		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	✓		
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	✓		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de líquidos ,	✓		
6	Arreglo de salas ,custodias de historias	✓		
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplimiento normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios	✓		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Leonor Giselle Hernandez F.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52.874854 Bogota

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
41.650.745

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: 01-09-13 al 30-09-2013

269

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

150

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez — No. ORDEN : 183
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 — CENTRO DE COSTO: A11A
OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería
DURACIÓN DE LA ORDEN: 8 meses — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-02-2013 — FECHA TERMINACIÓN: 31 -08-2013
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 9.600.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES:1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.08.2013 al 31.08.13 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermería, balances de líquidos	✓		En ocasiones llega tarde
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , trasfusiones ,glucometría	✓		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	✓		(Verificar Descanso 24 horas
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	✓		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de líquidos ,	✓		
6	Arreglo de salas ,custodias de historias	✓		
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplir las normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios	✓		

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

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

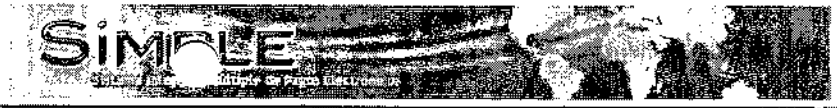
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Jeanar Giselle Hauzeur Forero
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzmán
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52.874854 Bogota

ASTRID ARRUNATEGUI
ENFERMERA LIC.
T.P. 51 529 820
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 01-08-2013 31-08-2013



COMPROBANTE DE PAGO POR EMPLEADO POR ADMINISTRADORA

Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

EMPRESA APORTANTE	
Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ
No. de Documento	52874854
Tipo Aportante	2. INDEPENDIENTE...

DATOS AFILIADO			
Nombres y Apellidos	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Tipo de Identificación	CC	No. de Documento	52874854

DATOS PLANILLA			
Periodo pago	Desde	2013	08
	Hasta	2013	08

DETALLE POR AFILIADO

[illegible]	NIT	Nombre Aportante	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
231001	8002279406	AFP OBLIGATORIAS COLFONDOS	00	94,320	08/2013	22529937
EPS005	8002514406	E.P.S. SANITAS S.A.	00	73,700	08/2013	22529937

El presente se expide a los 23 días, del mes 8 de 2013

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

PRORROGA No3 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0183 – 2013 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No **.0183 - 2013**, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° **0183 – 2013**, cuyo objeto es **"Prestación del servicio como auxiliar de Enfermería"** del hospital. 2-) De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 31 de Octubre de 2013 **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de Agosto de 2013

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista 52874854

Proyectó: Y Revisó: José Alexander Moreno Páez

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

150

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez — No. ORDEN : 183
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 — CENTRO DE COSTO: A11A
OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería
DURACIÓN DE LA ORDEN: 7 meses — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-02-2013 — FECHA TERMINACIÓN: 07 31-2013
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 8400.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES:1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.07.2013 al 31- 07- 2013 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermeria, balances de líquidos			en ocasiones llega tarde a turno
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , trasfusiones ,glucometría	X		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	X		
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	X		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de líquidos ,	X		
6	Arreglo de salas ,custodias de historias	X		
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplir las normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios	X		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Jeanne Estelle Hauzeur Faeio

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

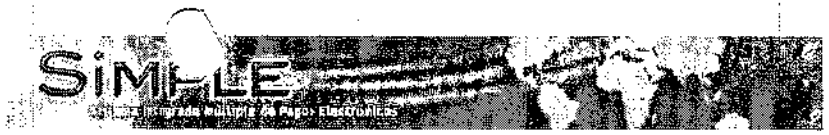
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52.874854 Bogota

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
41.650.745

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 01 de julio –al 31 de julio del 2013

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA



Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	22161937		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2013	07	17
Periodo pago de salud	2013	07	
Periodo pago de pensiones	2013	07	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ	Tipo Empresa	Privada	Clase Aportante	A B I X
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532882
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C
Activ. Económica		Correo Electrónico	DIANAGUZ.0305@HOTMAIL.COM	Valor Nomina	168,920
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia		Código	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cod ARP	Cod EPS	Fec Ing	Nov ING	Nov RET	Nov VSP	Nov SLN	Nov IGE	Nov LMA	Nov VAC-LR	Nov VCT	Nov IRP	Nov SUS	Nov EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Tarifa	Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Solidar. Subsistenc.	Aporte Voluntario	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	231001	EPS005												00	580,500	580,500	0	0	0	N N	94,320	0	0	0	73,700	0	0	0

TOTAL GENERAL
168,920

Hospital
Simón Bolívar

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

ADICION No. 2 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0183– 2013 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Rública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 51874854 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No .0183 – 2013, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 942 - 2013 cuyo objeto es **"Prestación del servicio como auxiliar de Enfermería"** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOSm/cte ($1.200.000) m/cte,** **SEGUNDA:** Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 1256 del expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ

Subgerente Administrativa

Revisó: José Alexander Moreno Páez

EL CONTRATISTA

Diana Guzman 51874854

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Contratista

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolivar

PRORROGA No. 2 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0183 – 2013 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogota, nombrada mediante resolucion No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el dia 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 51.874.854, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No .0183 - 2013, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0183 – 2013, cuyo objeto, es **"Prestación del servicio como auxiliar de Enfermería"** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 31 de Agosto de 2013 **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de Julio de 2013

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Proyectó: Viviana Franco Celina
Revisó: José Alexander Moreno Páez
Aprobó: Dra. Sonia Esmeralda Sanchez

EL CONTRATISTA

Diana Guzmcin 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista

Calle 165 # 7 – 06
Teléfono 6767940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

BOGOTÁ HUMANA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

ADICION No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 183 – 2013 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA** , Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 52.874.854 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No 183 – 2013, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 183 - 2013 cuyo objeto es **"PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERA"** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS m/cte ($1.200.000) m/cte, SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 1059 del 25 de Junio de 2013 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de Julio de 2013

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman 51874854

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista

Calle 165 # 7 – 06
Teléfono 6767940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

BOGOTÁ HUMANA

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

137

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez — No. ORDEN : 0183
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 — CENTRO DE COSTO: A11A
OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería
DURACIÓN DE LA ORDEN: 6 meses — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-02-2013 — FECHA TERMINACIÓN: 30 -06-2013
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 7.200.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES:1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓ 1 al 30 de junio 2013 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermería, balances de líquidos	✓		
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , trasfusiónes ,glucometría	✓		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	✓		
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	✓		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de liquidos ,	✓		
6	Arreglo de salas ,custodias de historias			
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplir las normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios			

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

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

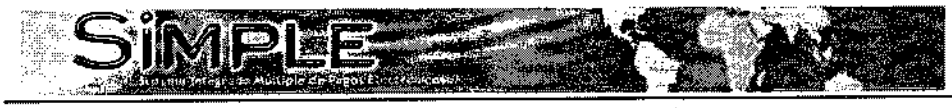
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Jeana Giselle Hauzeur
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52.874854 Bogota

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
41.652.743

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 1 al 30 de junio



Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

COMPROBANTE DE PAGO PLANILLA ÚNICA

DATOS APORTANTE		DATOS EMPRESA RECIBIDORA	
Razón social	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIE	Razón Social	SIMPLE S.A.
No. de Identificación	CC 52874854	No. de Identificación	NI 9000973339

DATOS PLANILLA

No. Planilla	21400959	Tipo de planilla	I	No. de cotizantes	1
Nombre de Planilla	PLANILLA PERIODO 201306				
Periodo Cotización Pensión	06/2013	Periodo Cotización Salud		06/2013	
Fecha de Pago	17/06/2013	Hora Pago		00:00:00	
Monto de pago	168,420	CUS		06090243	
Banco	BANCO COMERCIAL AVVILLAS S.A.			Estado de pago	Exitoso
Descripción	Pago de Seguridad Social y Parafiscales				

DATOS ADMINISTRADORAS

NIT	Código	Administradora	No. de Afiliados	Monto Pagado
8002514406	EPS005	E.P.S. SANITAS S.A.	1	73,900
8002279406	231001	AFP OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	94,520

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

PRORROGA No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 183 – 2013 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogota, nombrada mediante Resolución No. 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionado el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 52.874.854 hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No .183 - 2013, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 183 - 2013 cuyo objeto es **" PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERA"** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 31 de Julio de 2013 **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 28 días del mes de Junio de 2013

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán 52874854

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista

Calle 165 # 7 – 06
Teléfono 6767940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

BOGOTÁ HUMANA

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

26

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez	No. ORDEN : 0183
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854	CENTRO DE COSTO: A11A
OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería	
DURACIÓN DE LA ORDEN: 6 meses	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-02-2013	FECHA TERMINACIÓN: 30 -06-2013
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 7.200.000	VALOR A PAGAR EN EL MES:1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.05.2013 al 31.05.13 ✓	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermería, balances de líquidos	/		
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , trasfusiones ,glucometría	/		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	/		
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	/		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de líquidos ,	/		
6	Arreglo de salas ,custodias de historias	/		
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplir las normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios	/		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Giselle Hauzeur Forero

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana. Guzman.

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

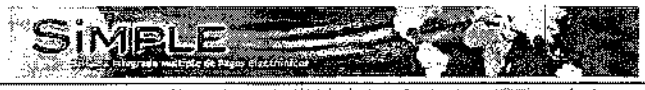
CC. 52.874854 Bogota

FIRMA Y CEDULA DEL SUPERVISOR

41.650.745

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 1 al 31 mayo 2013 ✓

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA



Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	21063204		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2013	05	20
Periodo pago de salud	2013	05	
Periodo pago de pensiones	2013	05	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa	Privada
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532882
Teléfono	7137426	Ciudad / Municipio	BOGOTA	Departamento	Bogotá D.C
Activ. Económica		Correo Electrónico	DIANAGUZ.0305@HOTMAIL.COM	Valor Nominal	168,920
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia		Código	

Clase Aportante: A B I X

No. de Afiliados: 1

Periodo de trabajo

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Nro	Tipo	Número Documento	Apellidos y Nombres	Cod ARP	Cod EPS	Cod AFP	Cod CCF	Novedades	Valor EPS	Valor TBC Pensión	Valor TBC Salud	Valor TBC Riesgos	Valor TBC Caja	Liquidación de Aportes							
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIRELA	335001	EPS005			00		589,500	589,500	0	0	94,320	0	0	0	71,700	0	0	0

TOTAL GENERAL

168,920

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

89

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez — No. ORDEN : 183

CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 — CENTRO DE COSTO: A11A

OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería

DURACIÓN DE LA ORDEN: 6 meses — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES

FECHA INICIO: 02-01-2013 — FECHA TERMINACIÓN: 30 -06-2013

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 7.200.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES:1.200.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 04 13 -30-04-13 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermería, balances de líquidos			Ocasionalmente llega tarde
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , trasfusiones ,glucometria	X		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	X		
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	X		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de líquidos ,	X		
6	Arreglo de salas ,custodias de historias	X		
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplir las normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios	X		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Giselle Hauzeur Forero

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CC. 52.874854 Bogota

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

41.650.745

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 1 al 30 abril de 2013

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	8804090243		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2013	04	15
Periodo pago de salud	2013	04	
Periodo pago de pensiones	2013	04	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ	Tipo Empresa	Privada	Clase Aportante	A / B / I / X
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532882
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C
Activ. Económica		Correo Electrónico	dianaguz.0305@hotmail.com	Valor Nomina	0
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia		Código	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado								Novedades																Valor IBC						Liquidación de Aportes							
No.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	Nuevo AFP	Nuevo EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	TARIFA ESPECIAL	EXONERADO	Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Solid. Subsistem.	Aporte Volunt. Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	231001	EPS005																00			589,500	589,500	0	0	0	N	N	94,320	0	0	0	73,700	0	0	0

TOTAL GENERAL

168,720

Línea de atención Planilla Electrónica Bogotá 3832949 Cali 8840[illegible] Planilla asistida Bogotá 4444434 Cali 8840877

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

87

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez — No. ORDEN : 183

CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 — CENTRO DE COSTO: A11A

OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería

DURACIÓN DE LA ORDEN: 6 meses — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES

FECHA INICIO: 02-01-13 — FECHA TERMINACIÓN: 30 -06-2013

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 7.200.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES:1.200.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1 al 31-03-13 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermería, balances de líquidos	X		
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , trasfusiones ,glucometría	X		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	X		
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	X		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de líquidos ,	X		
6	Arreglo de salas ,custodias de historias	X		
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplir las normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios	X		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzmán

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

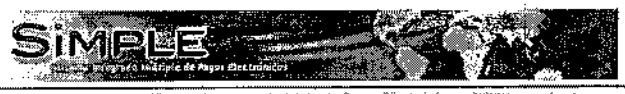
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CC. 52.874854 Bogota

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

41-650745

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 1 al 31-03-13



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	1803090743		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2013	03	11
Periodo pago de salud	2013	03	
Periodo pago de pensiones	2013	03	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa	Privada
Clase Aportante	A	B	E	X	
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532882
No. de Afiliados	1				
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C
Actiy. Económica		Correo Electrónico	dianaguz.0305@hotmail.com	Valor Nomina	0
Perfil de Trabajo					
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia		Código	

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado							Novedades																									Valor IBC						Liquidación de Aportes									
No.	Tipo	Número Documento	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod Ejer	Cod Admi	Cod CCF	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Numero AFP	Numero Ips	IBC Pension	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja			Cot Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Subsis. Solidar.	Aporte Voluntario Pensión	Cot Salud	UPC Adicional	Cot ARP	Cot CCF									
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIRELLA	231001	691005																			02	589,500	589,500	0	0	0	NI	M	84,326	0	0	0	73,700	0	0	0									

TOTAL GENERAL
168,020

Línea de atención: Planilla en Línea Bogotá 3442965 Cali 8850515 y Planilla Línea Bogotá 4474511 Cali 8850515

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez — No. ORDEN :0183

CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 — CENTRO DE COSTO: A11A

OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería

DURACIÓN DE LA ORDEN: 6 meses — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES

FECHA INICIO: 01-02-2013 — FECHA TERMINACIÓN: 30 -06-2013

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 7.200.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES:1.200.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.02.2013 al 28.02.13 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermería, balances de líquidos		X	Llega tarde a Recibir turno.
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , trasfusiones ,glucometría	X		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	X		
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	X		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de líquidos ,		X	
6	Arreglo de salas ,custodias de historias	X		
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplir las normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios	X		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CC. 52.874854 Bogota

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

41.650.745

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 5-28 / febrero / 2013.

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimplelatam

DATOS PLANILLA

No. Planilla	8802080243		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2013	02	05
Periodo pago de salud	2013	02	
Periodo pago de pensiones	2013	02	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa	Privada	Clase Aportante	A
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532882	No. de Afiliados	1
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C		
Activ. Económica		Correo Electrónico	dianaguz.0305@hotmail.com	Valor Nominal	0	Centro de trabajo	
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia				Código	

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

No.	Tipo	Número Documento	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod CCF	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Días ARP	Días IGE	Días LMA	Días VSP	Días VST	Días SLN	Días ING	Días RET	Novedades ING	Novedades RET	Valor BSE	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Parafiscales	UPC Adicional	Tarifa Pensión	Cotización Pensión	Fondo Solidaridad Pensión	Aporte Voluntario Pensión	Cotización Salud	Aporte Voluntario Salud	Cotización ARP	Aporte CCF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIRELLA	211001	EPS005														02		589,500	589,500	0	0	0	X	X	94,320	0	0	0	73,700	0	0	0

TOTAL GENERAL
168,020

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

90

APOYO A

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Miraya Guzman Gutierrez — No. ORDEN 0183-ASAG-2013
CÉDULA DE CIUDADANIA No 52814854 — CENTRO DE COSTO: A11A
OBJETO DE LA ORDEN: Aux de Enfermeria — TOTAL HORAS CONTRATADAS (SI Aplica): 180
DURACIÓN DE LA ORDEN 6meses — FECHA TERMINACIÓN: AA 13, MES 06 DIA 30
FECHA INICIO: AA 13 MES 01 DÍA 02 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000*
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 7200.000 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (SI Aplica) 180
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1 al 31 enero 13

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONES
1	Recibo de paciente, canalizacion venosa.		Y	Descontar 12 horas.
2	Toma de signos vitales, cambios de posicion.	Y		Llega tarde a Recibir
3	Notas de Enfermeria, arreglo de salas	Y		turno.
4	canalizaciones, arreglo de paciente	Y		
5	curaciones, control de signos vitales	Y		
6	transfuciones, paso de sonda nasogastrica	Y		
7	Toma de laboratorios, electros.	Y		

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

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

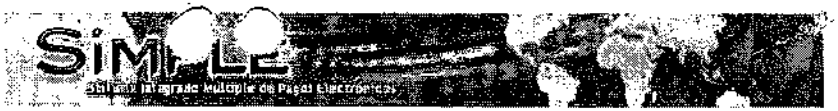
Diana Miraya Guzmán
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Amparo Sotelo
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman 52814854
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CC. 41013025
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA



Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	8801090243		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2013	01	10
Periodo pago de salud	2013	01	
Periodo pago de pensiones	2013	01	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa	Privada
Clase Aportante	A	B	E	X	
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532882
No. de Afiliados	1				
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C
Activ. Económica		Correo Electrónico	dianaguz.0305@hotmail.com	Valor Nomina	0
Centro de Trabajo					
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia		Código	

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado							Novedades												Valor IBC						Liquidación de Aportes							
No.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF	SLN	IGE	LMA	VAC	VSP	VST	SUS	INC	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	Nueva AFP	Nueva EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Tarifa Especial Pensiones	Aportes Voluntarios	Total Cotizante Exonerado de Aportes Salud	Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Solid. Subsistenc.	Aporte Voluntario Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	231001	EPS005			00																$67,000	$67,000	0	0	0	N	N	90,700	0	0	0	70,900	0	0	0

TOTAL GENERAL

161,600

Para verificar los datos de esta Planilla Electrónica Bogotá 1427949 Call 5940515 y Planilla Madrid Bogotá 1446034 Call 2540577

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 0183

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

OBJETO: Prestación del servicio como auxiliar de Enfermería

FECHA DE INICIO: 2 DE ENERO 2013

PLAZO DE EJECUCION: 30 DE JUNIO 2013

VALOR CONTRATO: 7.200.000

En Bogotá, a los 2 DE ENERO 2013 , se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No.0183, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 30 de junio de 2013.

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

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C. 2 DE ENERO 2013

SUBGERENTE ADMINISTRATIVA

Diana Guzman 51874854

EL CONTRATISTA

Hospital
Simón Bolívar

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

Bogotá D.C., 21 Junio 2013.

Señores
ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD "ESCOLSALUD"
Oficina de Registro Académico
Dirección
Ciudad

Referencia: Verificación de título profesional, técnico, auxiliar o especialista

Respetuoso saludo.

Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título como AUXILIAR DE ENFERMERIA (profesional, técnico, auxiliar o especialista), según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico Nº 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, con las siguientes características:

Nombre del profesional, técnico, auxiliar o especialista	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma (o del acta de grado o ambos)	12/15/2000
Documento de identidad del profesional o técnico	52874854
Observaciones	FOLIO 144 LIBRO 4

Por favor, sírvase dirigir su respuesta a: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E,**
Carolina Rivera Oficina de Contratación, email: contratación.hosp.simonbolivar@gmail.com. 6767940 ext. 136

Atentamente,

VIVIANA FERNANDA MENESES ROMERO
GERENTE

FUNCIONARIO / CONTRATISTA	NOMBRE	ÁREA	FIRMA
PROYECTADO POR:	CAROLINA RIVERA HERNANDEZ	Contratación	
REVISADO POR:	DRA. SONIA ESMERALDA SANCHEZ R.	Sub Gerencia Administrativa	
APROBADO POR:	DRA. VIVIANA FERNANDA MENESES R.	Gerencia	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma de la Gerente			

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 02 de 2013 CRP. No. 958

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2013 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 30

LA SUMA INICIAL DE : 7.200.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 7.200.000.00
SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS.0183-13
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS.0183-13
A NOMBRE DE: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C. o NIT : 52874854
OBJETO : AUX DE ENFERMERIA OPS.0183-13

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 2 DIAS DEL MES DE Enero DE 2013.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ORIGINAL Fec-ibd: 2013/01/01 Hor-ibd: 10:10:25 Usu-ibd: gomora Ter: presupu MMMM/MM: 2013-01 Des: A11A CDCrp 4.1.7

CLASE DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

CONTRATO Nº: 0183-AsAG-2013
CONTRATISTA: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA **CC. 51.874.854**
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2013 CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LEGALIZACIÓN -
VALOR: ($7.200.000.oo), Siete millones doscientos mil pesos m/te
SUPERVISOR: Lider del área de enfermería

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificado con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolucion No. 0165 DEL 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestacion de servicios de apoyo a la gestion de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E**, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**,por una parte y por la otra, GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cedula de ciudadanía número 51.874.854 quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA**, quien declara **BAJO JURAMENTO,** no encontrarse dentro de los causales de INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD consagradas en la Constitución y la Ley, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES CONTRATACIÓN DIRECTA No. 0183–AsAG-2013** con certificado de disponibilidad presupuestal **No.** 30 **de Enero 2 de 2013**, el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.-OBJETO: Contrato de Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería** de acuerdo a las siguientes actividades o eventos: 1) Actividades a) Recibo y entrega de turno con las actividades asignadas; b) Realizar las actividades al paciente teniendo en cuenta la privacidad; c) Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario; d) Realización de los registros de enfermería cumpliendo con la resolución 1995/99; e) Cumplir las normas de bioseguridad. 2) Procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieren para el cumplimiento de actividades. a) Instructivos de enfermería. 3) Responsabilidad a) Cumplir con las actividades asignadas. **CLAUSULA SEGUNDA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES: A) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propias del objeto contractual en ejecución; **b)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento los equipos de su especialidad o bienes e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto; **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten; **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes se requieran en cumplimiento del objeto contratado; **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes; **f)** Portar en lugar visible, el camé que lo identifica como Contratista del HOSPITAL; **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad, **h)**. Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio; **i)** Cobrar oportunamente los

Calle 165 # 7 – 06
Teléfono 6767940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

honorarios que se generen en ejecución de este contrato; **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio; **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros; **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación; **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere; **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento; **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten, **o) Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. B) Del Hospital: 1.** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor de actividades; **2.**Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **3.** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **4.** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **5.** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:-** Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **CLAUSULA TERCERA. VALOR Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de ($ 7.200.000.oo), Siete millones doscientos mil pesos -m/te pagaderos en mensualidades de ($ 1.200.000.oo), Un millón doscientos mil pesos -m/te **de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio**, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social y riesgos profesionales, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA CUARTA.- TERMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 30 de junio de 2013 contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLAUSULA QUINTA.- TÉRMINO DE DURACIÓN DEL CONTRATO:** El contrato tendrá como duración el término de ejecución y **un mes más contados** a partir de la fecha de legalización. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION:** Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN.** Será ejercida por el Líder del área de enfermería, quien se encargará de: **1.**Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2.** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **3. Elaborar con forme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. 4.** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD:** EL HOSPITAL, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL:** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- CLAUSULA COMPROMISORIA:** En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de

Calle 165 # 7 – 06
Teléfono 6767940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

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

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 12 de ENE de 2013.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Revisó: Alexander Moreno Abogado Contratación
Elaboró: Edward Jesús Díaz Archila

EL CONTRATISTA

Diana Guzman 52-874854

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
51.874.854

Calle 165 # 7 – 06
Teléfono 6767940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

2

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 02 de 2013 CDP. No. 30

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : 1050 JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : .00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 11.200.000.000.00
SALDO DE APROPIACION : 11.200.000.000.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: VIVIANA FERNANDA MENESES ROMER.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
SERVICIO ASISTENCIAL AUX DE ENFERMERIA ENERO-JUNIO 2013

POR UN VALOR INICIAL DE : 1.474.500.000.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.474.500.000.00
UN MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: .00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 9.725.500.000.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (180) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Guzman	Guarnizo	Diana Marcela.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52874854	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 01 MES 03 AÑO 1981	cll 58 # 48 B 54
PAÍS	PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca.
DEPTO	MUNICIPIO Bogota
MUNICIPIO	TELÉFONO 775 74 76 EMAIL ladydiana0519@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11	MES 12 AÑO 1999

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
TC.	4	X		Tecnico en Aux de enfermeria	12	2000	
TC	30 horas	X		Tecnico en prim. Auxilio	10	1999	

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 Simon Bolivar			Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
673.16.00	DÍA 18 MES 07 AÑO 2011	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux de enfermera		cll6 16B.N 7.06.

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	DIRECCION

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	7	
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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota 17-12-12

Diana Guzman

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA
DE BIENES Y RENTAS

YO, Diana Mireya Guzmán Gutierrez

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 57874854 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
	Cundinamarca	Bogotá

Dirección Clle. 59 # 48 B 54. Teléfonos 7.35.74.76.

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Daniel Santiago Guzmán Gutierrez.		Hijo
Myr. Gutierrez. Trujillo		madre
Jorge Alirio Guzmán		Padres

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ] ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	11·833308 -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 11·833308. -

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

12. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Diana Guzmán G
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 22-12-22
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 41901155

Bogotá DC, 4 de diciembre 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) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 52874854 :

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 4 de diciembre de 2012, a las 1:27:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.874.854
Código de Verificación	655972662012

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

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

JAVIER ALONSO LASTRA FUSCALDO

Digitó y Revisó: Vía Web

Última actualización Lunes, 16 de Enero de 2012

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/12/2012 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52874854 y Nombres: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 800
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Todos los derechos reservados 2011.

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

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

No. 258740
Pag. 1 de 1

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA, quien se identifica con la cédula de ciudadania No: 52.874.854 (CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO) 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, Cuatro (04) de diciembre 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

DIANA CAROLINA GUTIÉRREZ PÉREZ
JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

ESCOLSALUD

REPUBLICA DE COLOMBIA

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud

"ESCOLSALUD"

(INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL)

Con Autorizacion Oficial segun Resolucion No. 6181 del 1o. de Noviembre de 1.996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogota, D.C.

Otorga el presente

CERTIFICADO DE TECNICO LABORAL A

Diana Mireya Guzman Gutierrez

C.C 52'874.854 De Bogota.

COMO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Director

Coordinacion Academica

Anotado Al Acta No. 144

ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD
" ESCOLSALUD "
Instituto de Educación no Formal
Aprobación Oficial Resolución 6181 del 01-11-96 Secretaria Educación D.C.

ACTA DE GRADO

No. 016

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. a los quince días del mes de Diciembre de 2000 . se reunieron en las instalaciones de la Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud "ESCOLSALUD" . los suscritos Director y Coordinadora Académica de la Institución . con el fin de formalizar la entrega de los certificados de "Técnico Laboral en Enfermería" al alumno (a) cuyo nombres. apellidos y documento de identificación se relaciona a continuación:

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
cc: 52'874.854 de Santafé de Bogotá

Por haber realizado y aprobado satisfactoriamente todos los objetivos del programa "Auxiliar de Enfermería" con una intensidad de 1.800 horas teórico - Practicas.

La presente acta queda registrada en el libro No. 04 Folio No. 144 del correspondiente libro de actas respectivo.

En constancia. se firma por los que en ella intervinieron. en cumplimiento de lo ordenado.

Escuela Colombiana de Formacion en Ciencias de la Salud DIRECTOR Colsalud

CARLOS GARZON BERNAL
Director. -
cc: 11'300.731 de Girardot

Escuela Colombiana de Formacion en Ciencias de la Salud COORDINADORA ACADEMICA

MARÍA LUCY GAMBOA ZAMORA
Coordinadora Académica. -
cc: 51'830.448 de Bogotá

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DIANA MIREYA

GUZMAN GUTIERREZ

C.C. 52874654

SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedición 18/07/2007

Secretaría
SALUD

Resolución No 4713 de 07/05/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la 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) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA Identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESC. COLOM. DE CIEC. DE LA SALUD ESCOLSALUD el día 15/12/2000 y registrado en el libro 16 Folio 144 año 2000

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 GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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 07/05/2007

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS.
Directora de Desarrollo de Servicios.

Elaboro :Victor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C 18-07-07
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Diana Guzmán.
CC. # 52-874854

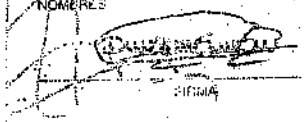
Firma Diana Guzmán.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52874354

GUZMAN GUTIERREZ
APELLIDOS

DIANA MINEVA
NOMBRES



FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-AGO-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500119-42085652-F-0052874854-20010418 0166001028A 02 095417582

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

1. ÁREA: ENFERMERIA 2. CENTRO DE COSTO UCI B03A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD : CUBRIMIENTO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS

4. COMPETENCIAS	4.1 Educación: (Estudios que se requieren) DIPLOMA DE AUXILIAR DE ENFEMRERIA
	4.2 Objeto de la Orden: AUXILIAR DE ENFEMRERIA
	4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades) 1 AÑO
	4.4 .Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia)
	4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos) Las competencias como auxiliar de enfermería, recibo y entrega de turno, elaboración de registros de enfermería, toma de signos vitales, procedimientos básicos de enfermería
	4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar) Tener conocimiento de las competencias de enfermería recibo y entrega de turno, elaboración de registros de enfermería, toma de signos vitales, procedimientos básicos de enfermería
	4.7 Habilidades: (Señale las capacidades, aptitudes y actitudes requeridas para el desarrollo de actividades) Buen trato , trabajo en equipo,
5. ACTIVIDADES	5.1 Actividades: (Relacione en detalle las actividades a desarrollar) Recibir turno Cumplir con las actividades asignadas Realizar las actividades al paciente teniendo en cuenta la privacidad Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario Realización de los registros de enfermería cumpliendo con la resolución 1995/99 Cumplir las normas de bioseguridad
	5.2 Procesos, Procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieren para el cumplimiento de actividades Los instructivos de enfermería
	5.3 Actividades que tiene que supervisar: (Especificar si debe ser supervisor de actividades desarrolladas por personal del hospital o por actividades contratadas por terceros para realizar una actividad o un suministro)

	5.4 Responsabilidad: Cumplir con las actividades asignadas

6. FIRMAS

Firma/ Nombre / Cargo Solicitante	Firma/ Nombre / Cargo Vo Bo. - Subgerencia	Firma/ Nombre Subgerencia Administrativa
NOMBRE: AMPARO SOTO G. CARGO Profesional Especializado FIRMA _____	NOMBRE: NICOLAS E. ESCOBAR CARGO Subgerente Científico FIRMA _____	NOMBRE _____ FIRMA _____

Valor _____

7. V.B. GERENCIA

_____

8. RADICACIÓN DE LA SOLICITUD AL ÁREA DE CONTRATACIÓN

8.1 Nombres y Apellidos de quien entrega _____

8.2 FIRMA _____

8.3 Fecha de Recibido _____

8.4 Nombres y Apellidos de quien recibe _____

8.5 FIRMA _____

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-296-009	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar II Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

91

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Miraya Hurtado Gutierrez. No ORDEN: 1195
CEDULA DE CIUDADANIA No: 52871885 CENTRO DE COSTO: A111
OBJETO DE LA ORDEN: Auxiliar de enfermeria.
DURACIÓN DE LA ORDEN: 10 meses. TOTAL HORAS CONTRATADAS (SI Aplica): 180
FECHA INICIO: AA 17 MES 03 DIA 01 FECHA TERMINACION: AA 17 MES 12 DIA 31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 9861090 VALOR A PAGAR EN EL MES: 986.109
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 01 31 de diciembre TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (SI Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno		X	Llegatarde a Recibir el turno
2	Toma de Signos vitales, canalización,	P		
3	realizarnos vacunas. Paso de Transferencias.	P		No cupieron el informe
4	Glucometrias. Tomas de muestras de laboratorio	P		
5	Cura cruces. Registro de Signos vitales.	P		
6	arreglo de sala. Balance de liquidos	P		
7	Y entrega de turno	P		

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

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

Diana Miraya Hurtado Gutierrez.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Hayelly Ram Vayro
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Hurtado 52871885
FIRMA Y CEDULA DEL CONTRATISTA

Hayelly Ram Vayro 6-2/01/2023
FIRMA Y CEDULA DEL SUPERVISOR
52914508 BC

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com.co

DATOS PLANILLA

No. Planilla	88120902 43		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2012	12	17
Periodo pago de salud	2012	12	
Periodo pago de pensiones	2012	12	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ		Tipo Empresa	Privada	Clase Aportante A
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532682 No. de Afiliados 1
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C
Act. Económica		Correo Electrónico	dianaguz.0305@hotmail.com	Valor Nomina	Centro de trabajo
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia			Código

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Datos del Afiliado							Novedades																										Valor IBC								Liquidación de Aportes							
No.	Tipo	Cotizante	Identificación y Nombres	Cod. AFP	Cod. EPS	Cod. ARP	Cod. CCF	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Número AFP	Número EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Tarifa Aportes Pensión	Tarifa Aportes Salud	Cotiza Exonerado Ley 1607	Días Cotizados Pensión	Días Cotizados Salud	Días Cotizados Riesgos	Días Cotizados Caja	Salario Básico	Salario Integral	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Aporte Voluntario Pensión	Aporte Voluntario Fondo Solidaridad	Fondo Solidaridad Subsistencia	Aporte Voluntario Pensión	Cotización Salud	IBC Adicional	Cotización ARP	Cotización CCF
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIRELLA	231001	EPS005																					587,000	587,000	0	0	0	0	X	30	30	0	0	0	0			0	0	0	0	70,800	0	0	0

TOTAL GENERAL
162,200

Línea de atención Planilla Electrónica Bogotá 3412949 Cel. 3107532682 y Planilla web de Bogotá 3412949 Cel. 3107532682

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

91

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzman Gutierrez — No ORDEN: 1195
CEDULA DE CIUDADANIA No: 52874854. — CENTRO DE COSTO: AIIA
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE SERVICIOS DE ENFERMERIA
DURACION DE LA ORDEN: 9 MESES. — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180.
FECHA INICIO: AA 12 MES 03 DIA 01 — FECHA TERMINACION: AA 12 MES 11 DIA 30.
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 8874981 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 986.109.
PERIODO DE SUPERVISION: 01-11-12 A 30-11-12 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONES
1	Rasbo y entrega de Paciente	✓		
2	canalizaciones, transfusiones	✓		
3	toma de muestra de laboratorios	✓		
4	Curaciones, Paso de Sonda vesical y nasogastrica	✓		
5	toma de glucometrias	✓		Descuentas 12 horas ya que laboro 168
6	balance de liquidos, cambio de posicion	✓		
7	arreglo de unidad	✓		

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

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

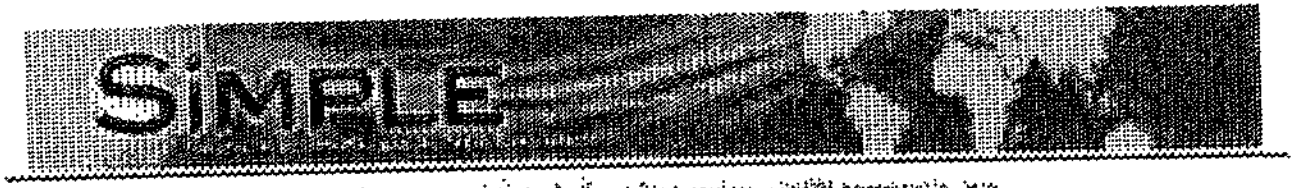
Diana Mireya Guzman Gutierrez
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Nombres y Apellidos del Supervisor
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman 52874854
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

116 - 21013025
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

30 de Nov/12



Sistema Integrado Online de Pago Electrónico - www.enlinea.co

COMPROBANTE DE PAGO PLANILLA UNICA

Datos Personales	
Razón social	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIE
No. de Identificación	CC 52874854

Datos Empresa Responsable	
Razón Social	SIMPLE S.A.
No. de Identificación	NI 9000973339

Datos Planilla			
No. Planilla	18223517	Forma planilla	I
Nombre de Planilla	Planilla Periodo 201211		
Periodo Liquidación Pensión	11/2012	Periodo Liquidación Salud	11/2012
Fecha de Pago	22/11/2012	Hora Pago	00:00:00
Valor Pagado	162,500	CUS	11090243
Banco	BANCO COMERCIAL AVVILLAS S.A.	Estado de Pago	Exitoso
Observación	Pago de Seguridad Social y Parafiscales		

Datos Liquidación				
ID	Código	Nombre Operador	No. de Afiliados	Valor Pagado
800251440	EPS001	E.P.S. SANITAS S.A.	1	71,300
800237400	AFP001	AFP OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	91,200

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

91

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ — No. ORDEN: 1195
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52.874.854 — CENTRO DE COSTO
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA — A11 A
DURACIÓN DE LA ORDEN: 8 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180
FECHA INICIO: AA 12 MES 03 DIA 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA 12 MES 10 DÍA 31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 7.888.872. — VALOR A PAGAR EN EL MES: 986.109
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 OCTUBRE A 31 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 18

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONE
1	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO.	✓		
2	CONTROL DE SIGNOS VITALES.	✓		
3	CAMBIOS DE POSICION.	✓		
4	CANALIZACION Y VENOPUNCION.	✓		
5	CATETERISMOS VESICALES.	✓		
6	REGISTRO DE NOTAS DE ENFERMERIA.	✓		Descuentos 2 días que faltó Lupa
7	CURACION DE ESCARAS Y HERIDAS QX.	✓		

	SI	
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?		
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	✓	
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	✓	
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	✓	
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	✓	
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL ✓	PARCIAL

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

Diana Mireya Guzman Gutierrez
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Lupa Soto
Diana Guzman
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman 52874854
FIRMA Y CEDULA DEL CONTRATISTA

Lic. 2101302
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: 31-OCTUBRE-12

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

102

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MIREYA GUZMAN
CÉDULA DE CIUDADANIA No 52 874854. No. ORDEN 1195
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR SERVICIO DE ENFERMERIA. CENTRO DE COSTO AIIA
DURACIÓN DE LA ORDEN 7 MESES TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180
FECHA INICIO: AA 2012 MES 03 DIA 01 FECHA TERMINACION: AA 2012 MES 09 DIA 30
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 6.902.742. VALOR A PAGAR EN EL MES: 986.106
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01/09/12 A 30/09/12 TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO	✓		
2	CONTROL DE SIGNOS VITALES	✓		
3	CANALIZACION Y VENOPUNCION	✓		
4	TOMA DE GLUCOMETRIAS	✓		
5	PASO DE SONDAS VESICAL Y NASOGAST.	✓		
6	REGISTRO DE NOTAS DE ENFERMERIA	✓		
7	BALANCE DE L.A Y L.E.	✓		

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

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

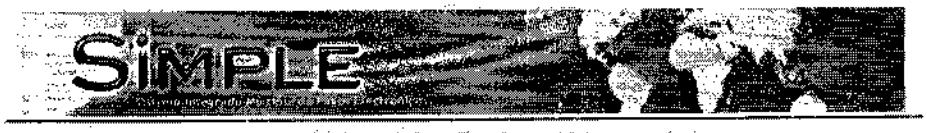
Diana Guzmán
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Amparo Soto
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzma
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

Lic. 21013025
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 30 Sept 12



Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - www.pagosimple.com

COMPROBANTE DE PAGO PLANILLA ÚNICA

DATOS APORTANTE		DATOS EMPRESA RECEPTORA	
Razón social	DIANA NIRELLA GUZMAN GUTIE	Razón Social	SIMPLE S.A.
No. de Identificación	CC 52874854	No. de Identificación	NI 9000973339

DATOS PLANILLA

No. Planilla	17834639	Tipo de planilla	I	No. de cotizantes	1
Nombre de Planilla	Planilla Periodo 201210				
Periodo Cotización Pensión	10/2012			Periodo Cotización Salud	10/2012
Fecha de Pago	17/10/2012			Hora Pago	00:00:00
Monto de pago	162,500			CUS	10090243
Banco	BANCO COMERCIAL AVVILLAS S.A.			Estado de pago	Exitoso
Descripción	Pago de Seguridad Social y Parafiscales				

DATOS ADMINISTRADORAS

NIT	Código	Administradora	No. de Afiliados	Monto Pagado
8002514406	EPS005	E.P.S. SANITAS S.A.	1	71,300
8002279406	231003	AFP OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	91,200

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

94

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Milena Guzman Gutierrez — No. ORDEN: 7195
CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854 — CENTRO DE COSTO: AUA
OBJETO DE LA ORDEN: Auxiliar Servicios de Enfermeria
DURACIÓN DE LA ORDEN: 6 meses — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 780
FECHA INICIO: AA 22 MES 03 DIA 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA 22 MES 08 DIA 31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 5.976.654 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 986.709
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1 al 31 agosto 22 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de Turno	/		
2	Balance de liquido administrado y eliminado	/		
3	Control y registro de signos vitales	✓		
4	Paso de sondas vesicales y nasogastrica	✓		
5	Transfunciones, catateterismo vesicales	✓		
6	Cambio de posición y hidratación oral	✓		
7	Registros de notas.	✓		

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

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

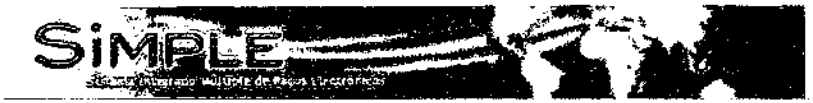
Diana Milena Guzman Gutierrez
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Dr. Jairo Soto
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman 52874854
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 31-08-22



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	17783341		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2012	09	18
Periodo pago de salud	2012	09	
Periodo pago de pensiones	2012	09	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa	Privada	Clase Aportante	A B I X
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532882	No. de Afiliados	1
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C		
Actv. Económica		Correo Electrónico	dianaguz.0305@hotmail.com	Valor Nomina	0	Centro de trabajo	
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia				Código	

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado								Novedades														Valor IBC						Liquidación de Aportes							
No.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COT	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Nueva AFP	Nueva EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja			Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Solid. Subsist.	Aporte Voluntario Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	231001	EPS005																00			567,000	567,000	0	0	0	N	N	90,700	0	0	0	70,900	0	0	0

TOTAL GENERAL

162,300

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

SIMPLE
Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos

Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA			
No. Planilla	17430111		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2012	08	13
Periodo pago de salud	2012	08	
Periodo pago de pensiones	2012	08	

DATOS APORTANTE							
Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa		Clase Aportante	A
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532882	No. de Afiliados	1
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C		
Activ. Económica		Correo Electrónico	dianaguz.0305@hotmail.com	Valor Nomina	0	Centro de trabajo	
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia				Código	

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado								Novedades																		Valor IBC						Liquidación de Aportes						
No.	Tipo	Número Documento	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Correcciones	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Nuevo AFP	Nuevo EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Tarifa Pensión	Tarifa Riesgos	Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Solid. Subsistem.	Aporte Volunt. Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	231001	EPS005																		00			567,000	567,000	0	0	0	N	N	90,700	0	0	0	70,900	0	0	0

TOTAL GENERAL
161,600

Línea de atención Planilla Electronica Bogotá 3412959 Cali 3560515 y Planilla asistida Bogota 4444634 Cali 5540577

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

PRORROGA N° 4 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS N°1195–2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía N°51.629.978, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del Hospital Simòn Bolìvar, según Resolución N°0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado (a) con la Cedula de Ciudadanía N°52.874.854 hemos acordado celebrar la presente prórroga a la orden de suministro de servicios N°1195-2012, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N°1195-2012 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA en el área de MEDICINA INTERNA del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución de la orden. **3-)** Que la Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución de la orden hasta el 31/08/2012. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los Catorce (14) días del mes de Agosto de dos mil doce (2012).

EL HOSPITAL **EL CONTRATISTA**

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Diana Guzmán 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Aprobó: Dra. Sonia Esmeralda Sanchez
Revisó: Dra. Mónica Cely
Proyectó: Viviana Franco Cetina

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

PRÓRROGA Nº3 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº1195–2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía Nº51.629.978, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del Hospital Simòn Bolivar, según Resolución Nº0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado (a) con la Cedula de Ciudadanía Nº52.874.854 hemos acordado celebrar la presente prórroga a la orden de suministro de servicios Nº1195-2012, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N°1195-2012 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA en el área de MEDICINA INTERNA del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución de la orden. **3-)** Que la Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución de la orden hasta el 15/08/2012. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los treinta y un (31) días del mes de Julio de dos mil doce (2012).

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Aprobó: Dra. Sonia Esmeralda Sanchez
Revisó: Dra Mónica Cely
Proyectó: Viviana Franco Celina

123

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	SUPERVISIÓN CONTRATISTA	Página 1 de 1
		Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854 cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 1195, durante el período del día 7/1/2012 AL 7/31/2012

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

NICOLAS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO
SUB GERENTE CIENTIFICO

25-07-12

pacientes o de sus familiares		✓					
6. Agresión verbal hacia las enfermeras (os):		✓					
Por pacientes y/o familiares		✓					
Por el personal		✓					
7. Agresión física hacia las enfermeras (os)		✓					
Por pacientes y/o familias		✓					
Por el personal		✓					
8. Lesiones físicas relacionadas con el trabajo		✓					
9. Medicamentos no disponibles por el fin de turno		✓					
10. Miembros de la familia tuvieron que comprar medicamentos para el paciente		✓					
11. Tuve que cambiar el proceso de un procedimiento porque no tuve suficientes suplentes		✓					
12. Tuve interrupciones cuando estaba dando un medicamento, cambiando una venda o haciendo un procedimiento,							

122

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Página 1 de 1
		Código: FO-295-009
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACIÓN	Versión: 0

El suscrito contratista DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Identificado con cedula de ciudadania 52 874 854 Bta

Certifico que realice las siguientes actividades .

RECIBO DE PACIENTES, CANALIZACIONES, CURACIONES, APOYO DE UNIDAD, CATETERISMOS VECICALES, TRANSFUSIONES, BAÑO DE PACIENTES, CURACIONES, CAMBIOS DE POSICIÓN, PASO DE SONDAS NASOGASTRICAS Y VESICALES, PUBLICACIÓN PIEL PACIENTES Y ENTREGA DE TURNO

Del 01/07 al 31/07 del mes, JULIO del año 2012

Mediante orden de suministro de servicios No. _____

DIANA GUZMAN G.

Firma

Vo.Bo. Supervisor O.S.S

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

COMPROBANTE DE PAGO PLANILLA ÚNICA

DATOS APORTANTE	
Razón social	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIE
No. de Identificación	CC 52874854

DATOS ENTIDAD RECEPTORA	
Razón Social	SIMPLE S.A.
No. de Identificación	NI 9000973339

DATOS PLANILLA					
No. Planilla	17167416	Tipo de planilla	I	No. de cotizantes	1
Nombre de Planilla	JULIO				
Periodo Cotización Pensión	07/2012	Periodo Cotización Salud		07/2012	
Fecha de Pago	23/07/2012	Hora Pago		00:00:00	
Monto de pago	162,900	CUS		71674166	
Banco	BANCO COMERCIAL AVVILLAS S.A.			Estado de pago	Exitoso
Descripción	Pago de Seguridad Social y Parafiscales				

DATOS ADMINISTRADORA

NIT	Código	Administradora	No. de Afiliados	Monto Pagado
8002514406	EPS005	E.P.S. SANITAS S.A.	1	71,500
8002279406	231001	AFP OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	91,400

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Julio 01 de 2012 CRP. No. **2111**

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL ANO 2012 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1031

LA SUMA INICIAL DE : **986.109.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **986.109.00**
NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUXILIAR DE ENFERMERIA JULIO 1-31/12
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1195/12
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA M. OPS 1195/12 DP 1031

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Julio DE 2012.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

ADICIÓN Y PRÓRROGA N°2 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS N°1195–2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía N°51.629.978, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del Hospital Simòn Bolivar, según Resolución N°0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado (a) con la Cedula de Ciudadanía N°52.874.854 hemos acordado celebrar la presente adición y prórroga a la orden de suministro de servicios N°1195-2012, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N°1195-2012 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA en el área de MEDICINA INTERNA del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición y prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución de la orden. **3-)** Que la Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición y Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en la suma de **NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS M/CTE ($986.109)**. **SEGUNDA**: Prorrogar el plazo de ejecución de la orden hasta el 31/07//2012. **TERCERA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal N°1031 del 29/06/2012 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del Hospital Simón Bolívar. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los veintinueve (29) días del mes de Junio de dos mil doce (2012).

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

52874854
Diana Guzman Gutierrez
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Aprobó: Dra. Sonia Esmeralda Sanchez
Revisó: Dra. Mónica Cely
Proyectó: Carlos Andrés Medina Mateus

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: JUNIO 27 DE 2012 CDP. NO. 1031

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : OFICINA JURIDICA Y CONTRATACION

CODIGO RUBRO.....: 11411145210300000000010500l
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210305
NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 6.013.522,00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1.295.571.733,00
SALDO DE APROPIACION : 1.301.587.255,00

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

POR UN VALOR INICIAL DE : 1.270.460.194.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.270.460.194.00
UN MIL DOSCIENTOS SETENTA MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CIENTO NOVENTA Y CUATRO PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 6.013.522,00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 25.111.539,00

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ORIGINAL FECHA01 2012/06/28 HOR01 10:03:12 USU:ROI 3040078 IP1 3040078 PRN:HP5 2012-06 USU: IVON CORREA S.I.A.

117

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	SUPERVISION CONTRATISTA	Página: 1 de 1
		Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854 cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 1195, durante el período del día 6/1/2012 AL 6/30/2012

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

NICOLAS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO
SUB GERENTE CIENTIFICO

YO Claudia Salcedo IDENTIFICADA(O) CON CC Nº 52304183 DE Bogotá, PERTENECIENTE AL REGIMEN SIMPLIFICADO DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS, CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DE ESTA CERTIFICACION, QUE EN LA ACTUALIDAD ESTOY EJECUTANDO LOS SIGUIENTES CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LOS CUALES NO EXCEDEN LAS 300 UVT MENSUALES.

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: HOSRITAL SIMON BOLIVAR CON NIT 8001964339

DESDE 1 HASTA 31 Junio POR UN VALOR DE 2029413

2. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ CON NIT _____

DESDE_____ HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

3. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ NIT _____

DESDE_____HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

ANTERIOR CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO PRIMERO DEL DECRETO Nº 3590 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

FIRMA Claudia Yaneth Salcedo Camelo

CEDULA 52 304 183 Bta.

116

Hospital Simón Bolivar	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 1	

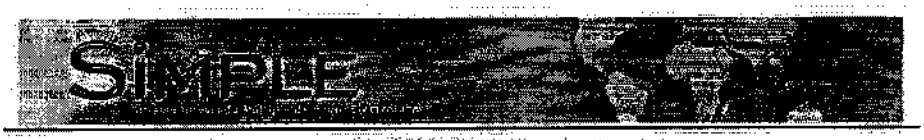
El suscrito Diana Gorman contratista Identificado con cedula de ciudadanía No. 52874859 Certifico que realicé las siguientes actividades:"

RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
CONTROL DE SIGNOS VITALES
CURACION DE HERIDAS Y ESCARAS
CAMBIOS DE POSICION
TRANSFUCIONES
PASO DE SONDA NASOGASTRICA Y VESICAL
ARREGLO DE UNDAD
BAÑO DE PACIENTES
BALANCE DE LIQUIDOS
TOMA DE LABORATORIOS

Del 1 al 30 del mes de 6 del año 12
Mediante orden de suministro de servicios No 1795

Diana Gorman
Firma

Amparo Soler
Vo.Bo. Supervisor O.S.S



Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

COMPROBANTE DE PAGO PLANILLA UNICA

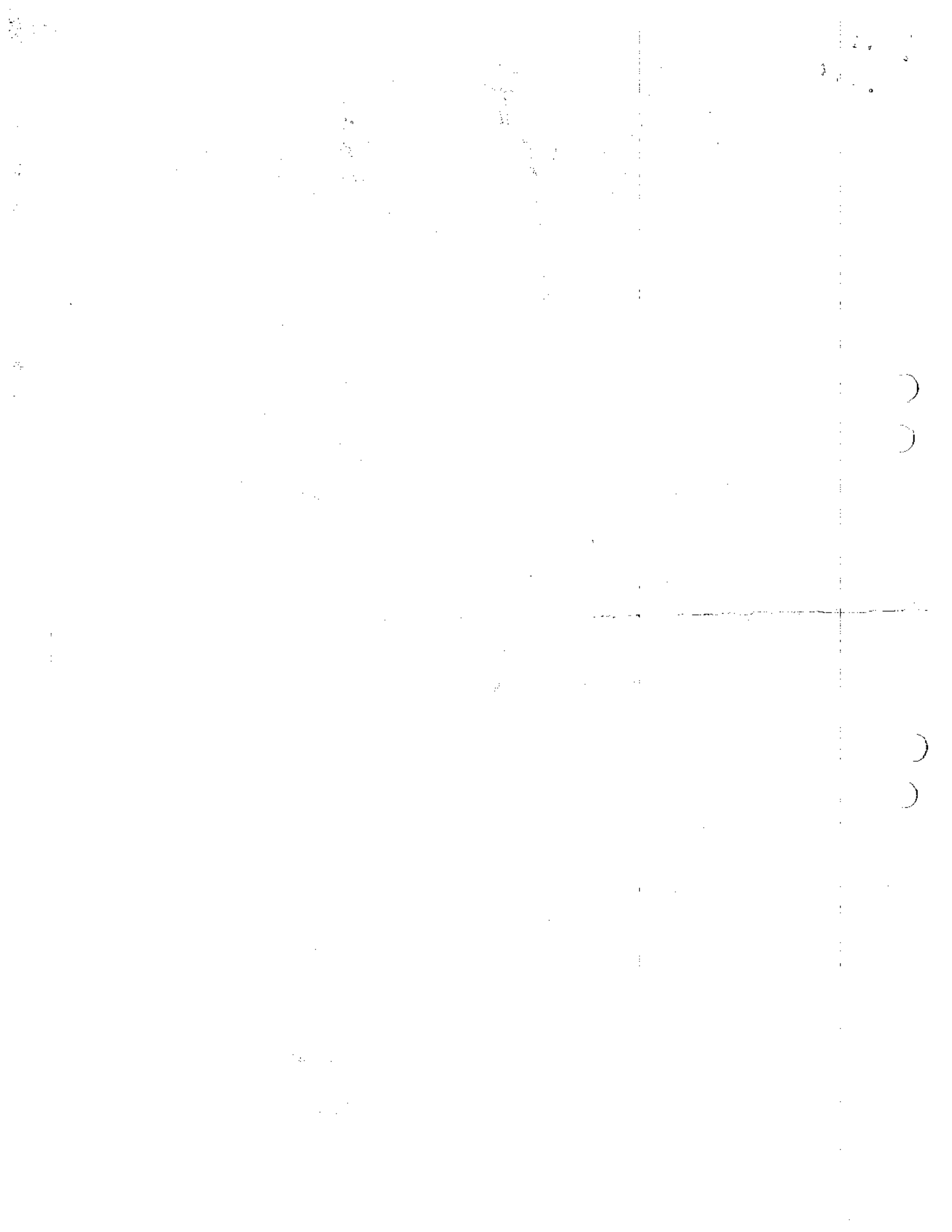
DATOS APORTANTE		DATOS EMPRESA RECEPTORA	
Razón social	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIE	Razón Social	SIMPLE S.A.
No. de Identificación	CC 52874854	No. de Identificación	NI 9000973339

DATOS PLANILLA				
No. Planilla	16839555	Tipo de planilla	E	No. de cotizantes 1
Nombre de Planilla	Planilla Periodo 201206			
Periodo Cotización Aquisión	06/2012	Periodo Cotización Salud	06/2012	
Fecha de Pago	15/06/2012	Hora Pago	00:00:00	
Monto de pago	162,300	CUS	0369504001	
Banco	BANCO COMERCIAL AVVILLAS S.A.		Estado de pago	EXITOSO
Descripción	Pago de Seguridad Social y Parafiscales			

DATOS ADMINISTRADORAS

NIT	Codigo	Administrador	No. de Afiliados	Monto Pagado
8002514406	EPS005	E.P.S. SANITAS S.A.	1	71,200
8002279406	231001	AFP OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	91,100

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com



CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Junio 01 de 2012 CRP. No. **1164**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2012 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

CODIGO RUBRO.....: **1141111432103000000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 849

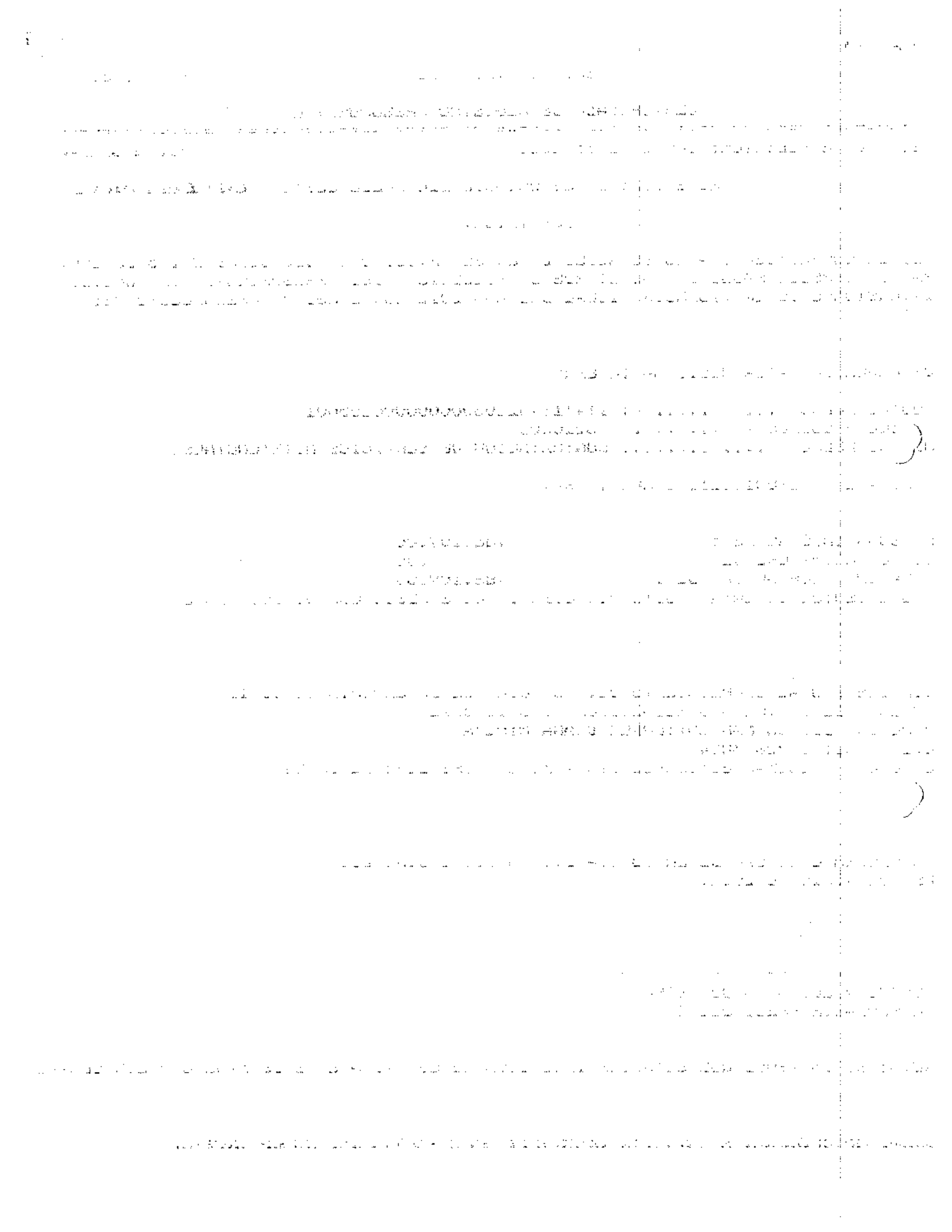
LA SUMA INICIAL DE : 986.109.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 986.109.00
NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUXILIAR DE ENFERMERIA JUNIO/12
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1195/12
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA OPS 1195/12 DP 849

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Junio DE 2012.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

ADICIÓN Y PRÓRROGA No. 1 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS No. 1195–2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA.

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **Hospital Simón Bolívar**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA, Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No.52874854 hemos acordado celebrar la presente adición y prórroga a la orden de suministro de servicios No. 1195 - 2012, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N° 1195-2012 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA -en el área ASISTENCIAL -del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 y Acuerdo 036 de 2011 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición y prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución de la orden. **3-)** Que la Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición y Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS **(986109) SEGUNDA**: Prorrogar el plazo de ejecución de la orden hasta el 30/06//2012 **TERCERA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 849 del 31/05/2012 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del Hospital Simón Bolívar. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma 31 de mayo de 2012.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Proyectó: María Claudia Villalba Moreno
Revisó: [illegible] -Mónica Cely
Aprobó: Dra. Sonia Esmeralda Sanchez

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA.
52874854

Calle 165 # 7 – 06
Teléfono 6767940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

BOGOTÁ HUMANA

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Mayo 31 de 2012 CDP. No. **849**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 1.300.000.000.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1.266.383.444.00
SALDO DE APROPIACION : 2.566.383.444.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: VIVANA FERNANDA MENESES ROMERO.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
SERVICIOS ASISTENCIALES JUNIO/12

POR UN VALOR INICIAL DE : **1.266.150.251.00**
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1.266.150.251.00**
UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 1.300.000.000.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 233.193.00

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	SUPERVISIÓN CONTRATISTA	Página: 1 de 1
		Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854, cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 1195, durante el período del mes de mayo de 2012

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

NICOLAS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO
SUB GERENTE CIENTIFICO

miércoles, 04 de abril de 2012

DNP
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN

Inicio Administradores Municipales Sisbén III Eventos Mapa del sitio SisbénNet Buscar

Consulta de Puntaje | Directorio Administradores | Preguntas Frecuentes | Avance Sisbén III | Foros | Información Sisbén

Inicio / Consulta de Puntaje Registrarse Entrar

Consulta de Puntaje

Base de datos certificada del Sisbén - corte: 19 / diciembre / 2011

Consulta de Usuarios SISBEN

Tipo de Documento Registro Civil Número 1022368761 Enviar Nuevo

Metodología SISBÉN II - No existe el usuario ...

Metodología SISBÉN_III - No existe el usuario ...

Según el decreto **4816 del 23 de diciembre de 2008** los registros de la Base de Datos del Sisbén pueden ser de los siguientes tipos:

Validado: es aquel registro que permanece con el puntaje y el nivel correspondiente en la base de datos luego de superar todos los procesos de depuración y de control de calidad.

Suspendido: Corresponde a los registros que por los procesos de depuración y de control de calidad de la base de datos Nacional permanecen en la base pero permiten inferir que la información suministrada en la ficha de clasificación socioeconómica es inexacta o inconsistente, en cuyo caso se deben reunir soportes para no ser excluidos.

Si su estado es suspendido debe dirigirse a la Administración Municipal del Sisbén en su municipio.

"La suspensión de un registro no constituye una sanción y, por sí sola, no afecta el acceso a los programas a los cuales haya accedido la persona"

Según lo dispuesto en el Conpes Social 117, la definición de la variable Área es:

Área 1 (Catorce ciudades) : Constituida por las 14 principales ciudades sin sus áreas metropolitanas, (Bogotá,Medellín,Cali,Cartagena,Barranquilla,Santa Marta,Montería, Bucaramanga, Manizales,Pereira,Cúcuta, Pasto, Ibagué y Villavicencio).

Área 2 (Resto Urbano) : Compuesta por la zona urbana diferente a las 14 principales ciudades, centros poblados, y la zona rural dispersa de las 14 principales ciudades.

Área 3 (Rural): Conformada por la zona rural dispersa diferente a la zona rural dispersa de las 14 principales ciudades.

Fecha última actualización: 07 de marzo de 2012

Copyright 2007 - 2010 por DNP Términos de Uso Declaración de Privacidad

110

Hospital Simón Bolívar	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 1	

97

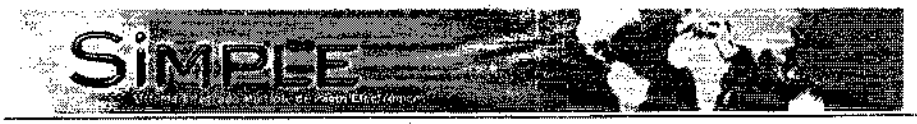
El suscrito Diana Guzmán contratista Identificado con cedula de ciudadanía No. 52874854 Certifico que realicé las siguientes actividades:

- Recibo de turno
- control de Signos vitales
- canalizaciones
- arreglo de unidad
- Cambios de posicion
- Catatarismos vesicales
- tranfusiones
- Pasos de Sonda nasogastricas
- Pasos de Sondas vesical
- baño de Paciente.
- Curaciones
- toma de laboratorios
- Glucometrias.

Del 1 al 31 del mes, de 05 del año 22
Mediante orden de suministro de servicios No. 1195

Diana Guzmán
Firma

Vo.Bo. Supervisor O.S.S



Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - www.pagosimple.com

COMPROBANTE DE PAGO PLANILLA UNICA

DATOS APORTANTE		DATOS EMPRESA RECIBIDORA	
Razón social	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIE	Razón Social	SIMPLE S.A.
No. de Identificación	CC 52874854	No. de Identificación	NI 9000973339

DATOS PLANILLA					
No. Planilla	16532075	Tipo de planilla	I	No. de cotizantes	1
Nombre de Planilla	Planilla Periodo 201205				
Periodo Cotización Pensión	05/2012	Periodo Cotización Salud		05/2012	
Fecha de Pago	15/05/2012	Hora Pago		00:00:00	
Monto de pago	162,200	CUS		0363413001	
Banco	BANCO COMERCIAL AVVILLAS S.A.			Estado de pago	Exitoso
Descripción	Pago de Seguridad Social y Parafiscales				

DATOS ADMINISTRADORAS

NIT	Código	Administradora	No. de Afiliados	Monto Pagado
8002514406	EPS005	E.P.S. SANITAS S.A.	1	71,200
8002279406	231005	AFP OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	91,000

52874854

1108

YO Diana Guzmán IDENTIFICADA(O) CON CC Nº 52874854 DE _____, PERTENECIENTE AL REGIMEN **SIMPLIFICADO** DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS, **CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO,** , QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DE ESTA CERTIFICACION, QUE EN LA ACTUALIDAD ESTOY EJECUTANDO LOS SIGUIENTES CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LOS CUALES **NO** EXCEDEN LAS 300 ÚVT MENSUALES.

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR** CON NIT **8001964339**

DESDE 01. 05 HASTA 31. 05 POR UN VALOR DE 986. 709

2. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ CON NIT _____,
DESDE_____ HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

3. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ NIT _____,
DESDE_____HASTA_____ POR UN VALOR DE _____.

ANTERIOR CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO PRIMERO DEL DECRETO Nº 3590 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

FIRMA Diana Guzmán

CEDULA 52.874854

102

107

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	SUPERVISIÓN CONTRATISTA	Página: 1 de 1
		Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

97

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854 cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 1195, durante el período del día 4/3/2012 AL 4/30/2012

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ F.
SUB GERENTE CIENTIFICO

Sector:

1. Indicadores de Impacto

Criterio	Nombre	Código	Descripción	Formula	Unidad de Medida	Periodicidad de Medición	Progr. Meta	2009	2010	2011	2012	2013
								0	1	2	3	4
Obligatorio	030000 EFICIENCIA OPERACIONAL	030000	AVANCE LOGRADO EN EFICIENCIA OPERACIONAL DETERMINADA POR LA CAPACIDAD REFLEJADA EN AREAS TECNICAS POR LAS MEJORAS TECNOLOGICAS, DOTACION LOS ELEMENTOS REQUERIDOS Y AJUSTE TRAMITES Y PROCESOS CRITICOS EN UN PER III DONDE, ED, % EFICIENCIA D	EO = PCMT * 100 / PSMT	%	Anual	P	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
							E	0	0	0	0	0

2. Indicadores de Producto

Criterio	Nombre	Código	Descripción	Formula	Unidad de Medida	Periodicidad de Medición	Progr. Meta	2009	2010	2011	2012	2013
								0	1	2	3	4
Obligatorio	030000 METROS CUADRADOS ADECUADOS	030000	DETERMINA EL AREA REAL (METROS CUADRADOS) DOTACION Y ADECUACION DESAGREGAR POR DOTACION ADECUACION COMPONENTES Y ACTIVIDADES, ETC) OFICINA MODULAR ABIERTA EN UN PER III DONDE, MCA, % CUMPLIMIENTO EN EL AREA (DOTACION Y ADECUACION) OFICINA	MCA = MA * 100 / MP	%	Anual	P	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00
							E	0	0	0	0	0

3. Indicadores de Gestion

Criterio	Nombre	Código	Descripción	Formula	Unidad de Medida	Periodicidad de Medición	Progr. Meta	2009	2010	2011	2012	2013
								0	1	2	3	4
Obligatorio	030000 CUMPLIMIENTO DE LA EJECUCION PRESUPUESTAL EN ADECUACION Y DOTACION	030000	COMPARA LA EJECUCION PREVISTA Y LA EFECTIVAMENTE REALIZADA LOS RECURSOS UNIVERSO DESTINADOS PARA LA DOTACION Y ADECUACION DESAGREGAR EN COMPONENTES Y ACTIVIDADES DOTACION ADECUACION, LOCALIZACION, ETC) OFICINA MODULAR ABIERTA EN UN PER III	MCA = (PE * 100) / PP * 100)	%	Anual	P	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
							E	0	0	0	0	0

4. Indicadores de Ciencia y Tecnologia

Criterio	Nombre	Código	Descripción	Formula	Unidad de Medida	Periodicidad de Medición	Progr. Meta	2009	2010	2011	2012	2013
								0	1	2	3	4
Obligatorio	CY1000 EL PROYECTO NO REALIZARA NINGUNA ACTIVIDAD DE CIENCIA TECNOLOGIA O INNOVACION	CY1000	0	0	%	Anual	P	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
							E	0	0	0	0	0

5. Indicadores de Generación de Empleo

Criterio	Nombre	Código	Descripción	Formula	Unidad de Medida	Periodicidad de Medición	Progr. Meta	2009	2010	2011	2012	2013
								0	1	2	3	4

106

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Página: 1 de 1
		Código: FO-295-008
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACIÓN	Versión: 0

El suscrito contratista Diana Gurmán

Identificado con cedula de ciudadanía 52.814.854

Certifico que realicé las siguientes actividades :

Rauno de turno
Canalizaciones
Cateterismos vesicales
Curaciones
Tranfusiones
Pasos de sonda nasogastrica, Vesical
Signos vitales
Toma de glucometrias
Cambio de posiciones
balance de liquidos
entrega de turno

Del 7 al 30 del mes, 04 del año 12

Mediante orden de suministro de servicios No. 1295

Diana Gurmán

Firma

Vo.Bo. Supervisor O.S.S

185

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

SIMPLE
Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	16214894		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2012	04	18
Periodo pago de salud	2012	04	
Periodo pago de pensiones	2012	04	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa	
Clase Aportante	A	B	S	X	
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532882
No. de Afiliados	1				
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C
Activ. Económica		Correo Electrónico	ladydiana0519@hotmail.com.co	Valor Nomina	0
Centro de Trabajo					
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia		Código	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado							Novedades																Valor IBC					Liquidación de Aportes							
No.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SUS	ING	Nueva AFP	Nueva EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Suspensión	Cot. Pensión	Fondo Solidar. pensión	Fondo Subsist. pensión	Aporte Volunt. Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN DIANA	231001	EPS005																	00	567,000	567,000	0	0	0 N N	80,700	0	0	0	70,900	0	0	0

162,200

Planilla Electronica Bogota 3007949 Cel 3540510 y Planilla asistida Bogota 4444634 Cel 3540327

YO Diana Guzman, IDENTIFICADA(O) CON CC Nº 52874854 DE _____, PERTENECIENTE AL REGIMEN SIMPLIFICADO DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS, CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, , QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DE ESTA CERTIFICACION, QUE EN LA ACTUALIDAD ESTOY EJECUTANDO LOS SIGUIENTES CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LOS CUALES NO EXCEDEN LAS 300 UVT MENSUALES.

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: HOSPITAL SIMON BOLIVAR CON NIT 8001964339

DESDE 7-03-12 HASTA 30-03-12 POR UN VALOR DE 986.400

2. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ CON NIT _____,

DESDE_____ HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

3. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ NIT _____,

DESDE_____HASTA_____ POR UN VALOR DE _____.

ANTERIOR CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO PRIMERO DEL DECRETO Nº 3590 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

FIRMA Diana Guzman

CEDULA 52874854

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Salud Hospital Simón Bolívar	SUPERVISIÓN CONTRATISTA	Página: 1 de 1
		Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854 cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 213, durante el período del día 3/1/2012 AL 3/31/2012

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ F.
SUB GERENTE CIENTIFICO

Hospital Simón Bolívar

Grupo Funcional de Salud Ocupacional y Gestión Ambiental

TABLA PARA EL CALCULO DE INDICE DE MASA CORPORAL

POSITIVA Compañía de Seguros

TALLA EN METROS

IMC	1,40	1,44	1,46	1,48	1,50	1,52	1,54	1,56	1,58	1,60	1,62	1,64	1,66	1,68	1,70	1,72	1,74	1,76	1,78	1,80	1,84	1,88	1,90
45	25	24	24	23	22	19	19	18	18	18	17	17	16	16	16	15	15	15	14	14	13	13	12
47	26	25	25	24	24	23	23	19	19	18	18	17	17	17	16	16	16	15	15	15	14	13	13
49	27	26	26	25	25	24	24	23	23	19	19	18	18	17	17	17	16	16	15	15	14	14	14
51	26	28	27	26	26	25	25	24	23	23	19	19	19	18	18	17	17	16	16	16	15	14	14
53	27	26	28	27	27	26	25	25	24	24	23	23	19	19	18	18	18	17	17	16	16	15	15
55	28	27	26	28	28	27	26	26	25	24	26	25	20	19	19	19	18	18	17	17	16	16	15
57	29	27	27	26	29	28	27	26	26	25	24	24	23	20	20	19	19	18	18	18	17	16	16
59	30	28	28	27	26	26	28	27	26	26	25	25	24	23	20	20	19	19	19	18	17	17	16
61	31	29	29	28	27	26	26	28	27	27	26	26	25	24	24	21	20	20	19	19	18	17	17
63	32	30	30	29	28	27	27	26	28	28	27	26	26	25	24	24	21	20	20	20	19	19	18	17
65	33	31	31	30	29	28	27	27	26	29	28	27	27	26	25	24	24	21	21	21	20	19	18	18
67	34	32	31	31	30	29	28	28	27	26	26	29	28	27	26	25	24	24	21	21	21	20	19	19
69	35	33	32	32	31	30	29	28	28	27	26	26	29	28	27	26	25	24	24	21	21	21	20	19
71	36	34	33	33	32	31	30	29	28	28	27	26	26	29	28	27	26	25	24	24	21	21	21	20
73	37	35	34	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	26	29	28	27	26	25	24	24	21	21	20
75	38	36	35	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	27	26	29	28	27	26	25	24	24	21	21
77	39	37	36	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	27	26	29	28	27	26	25	24	24	21
79	40	38	37	36	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	27	26	29	28	27	26	25	24	24
81	41	39	38	37	36	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	27	26	29	28	27	26	25	24
83	42	40	39	38	37	36	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	27	26	29	28	27	26	25
85	43	41	40	39	38	37	36	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	27	26	29	28	27	26
87	44	42	41	40	39	38	37	36	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	27	26	29	28	27
89	45	43	42	41	40	39	38	37	36	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	29	28	27
91	46	44	43	42	40	39	38	37	36	36	35	34	33	32	31	31	30	29	29	28	27	26	29	28
93	47	45	44	42	41	40	39	38	37	36	36	35	34	33	32	31	31	30	29	29	27	26	26	29
95	48	46	45	43	42	41	40	39	38	37	36	36	35	34	33	32	31	31	30	29	28	27	26	26
97	49	47	46	44	43	42	41	40	39	38	37	36	36	34	34	33	32	31	31	30	29	27	27	26
99	51	48	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	36	34	33	33	32	32	31	29	28	27	27
101	52	49	47	46	45	44	43	42	40	39	38	38	37	36	36	34	33	33	32	31	30	29	28	27
103	53	50	48	47	46	45	43	42	41	40	39	38	37	36	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28
105	54	51	49	48	47	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	36	35	34	33	32	31	30	29	29
107	55	52	50	49	48	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	36	35	34	33	32	30	30	29
109	56	53	51	50	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	36	35	34	32	31	30	30
111	57	54	52	51	49	48	47	46	44	43	42	41	40	39	38	38	37	36	36	34	33	32	31	31
113	58	54	53	52	50	49	48	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	36	35	33	32	32	31
115	59	55	54	53	51	50	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	36	34	33	32	32
117	60	56	55	53	52	51	49	48	47	46	45	44	42	41	40	40	39	38	37	36	35	34	33	32

PESO EN KG

BAJO PESO

PESO NORMAL

SOBREPESO

OBESIDAD

OBESIDAD MORBIDA

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

SIMPLE
Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	15945243		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2012	03	23
Periodo pago de salud	2012	03	
Periodo pago de pensiones	2012	03	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ		Tipo Empresa		Clase Aportante A: B: 1: X
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532882	No. de Afiliados	1
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C		
Activ. Económica		Correo Electrónico	ladydiana0519@hotmail.com	Valor Nomina	0	Centro de trabajo	
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia				Código	

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado							Novedades																						Valor IBC								Liquidación de Aportes									
No.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF																						IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja					Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Subsis. Solidar.	Aporte Voluntario Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN DIANA	231001	EPS005																					00			567,000	567,000	0	0	0	N	N	90,700	0	0	0	70,900	0	0	0

TOTAL GENERAL

162,900

Línea de atención Planilla Electrónica Bogotá 3432969 Cali 8940515 y Planilla asistida Bogotá 4444634 Cali 8940517

Iniciar sesión

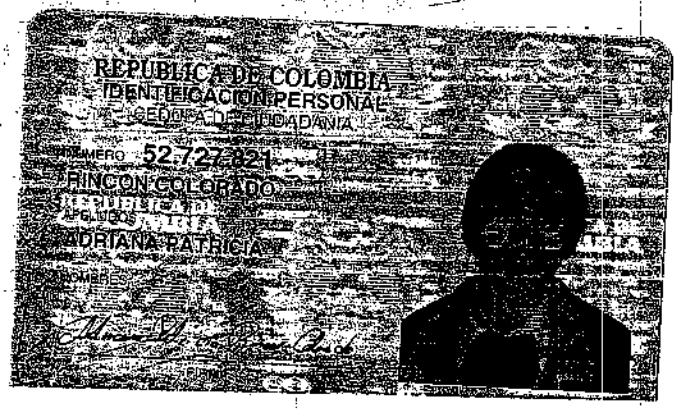
Salud

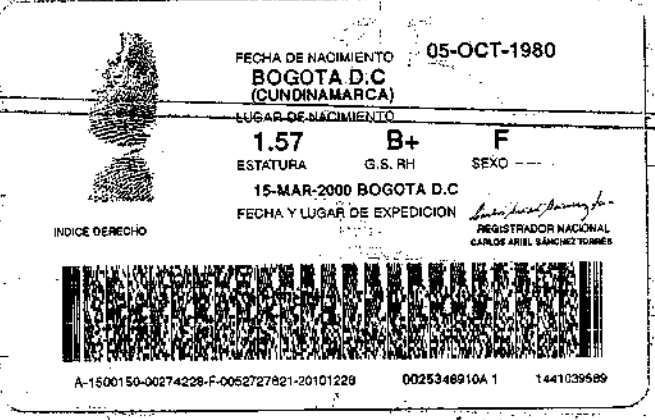
	Consecutivo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo Identificación	Número Identificación	Fecha valoración	Población especial
Núcleo Reporte	2527069	RINCON	COLORADO	ADRIANA	PATRICIA	CC	52727821		HABITANTES DE CALLE - SIS

Número de Registros

1 en 1 página(s)

Ver





ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Pagina 1 de 1
		Código: FO-295-008
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACIÓN	Versión: 0

El suscrito contratista Diana Hurmán

Identificado con cedula de ciudadanía 52874854

Certifico que realicé las siguientes actividades :

Recibo de turno
Control de Signo vitales
canalizaciones
transfusiones
pasos de Sonda vesical
pasos de Sonda nasogastrica.
Fotografias visuales
balance de liquidos
Entrego de turno

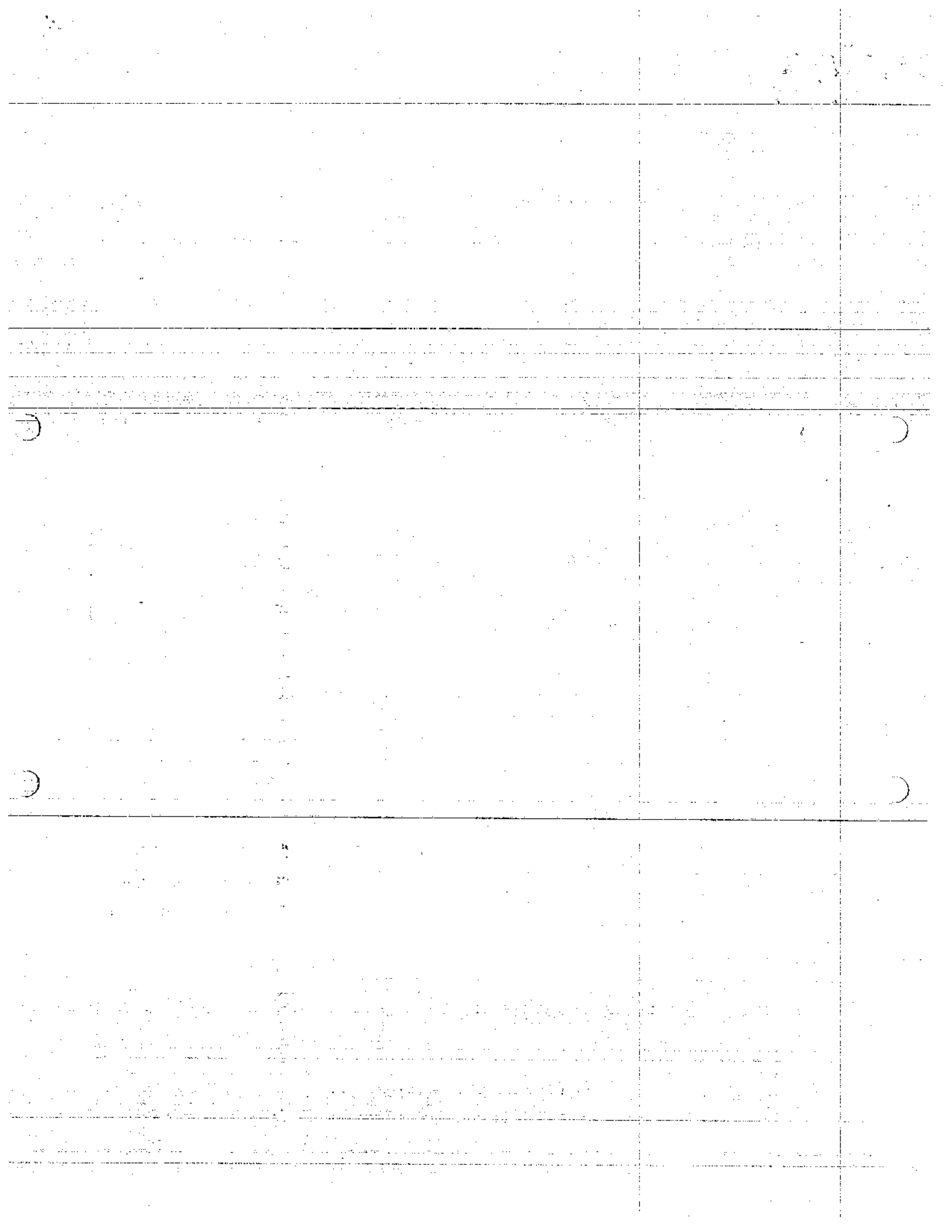
Del 7 al 31 del mes, 03 del año 22

Mediante orden de suministro de servicios No. _____

Diana Hurmán.

Firma

Vo.Bo. Supervisor O.S.S



YO Diana Hurmán IDENTIFICADA(O) CON CC Nº 52874854 DE _____, PERTENECIENTE AL REGIMEN **SIMPLIFICADO** DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS, **CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO,** , QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DE ESTA CERTIFICACION, QUE EN LA ACTUALIDAD ESTOY EJECUTANDO LOS SIGUIENTES CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LOS CUALES **NO** EXCEDEN LAS 300 UVT MENSUALES.

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR** CON NIT **8001964339**

DESDE Y HASTA 31. 03. POR UN VALOR DE 486.709

2. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ CON NIT _____,
DESDE_____ HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

3. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ NIT _____,
DESDE_____HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

ANTERIOR CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO PRIMERO DEL DECRETO Nº 3590 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

FIRMA Diana Hurmán

CEDULA 52874854

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Marzo 01 de 2012 CRP. No. **346**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL ANO 2012 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 348 440

LA SUMA INICIAL DE : **3.701.530.133.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **3.701.530.133.00**
TRES MIL SETECIENTOS UN MILLON QUINIENTOS TREINTA MIL CIENTO TREINTA Y TRES PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: SERVICIOS PERSONAC ASISTENCIAL
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: III-IV-V-2012
A NOMBRE DE: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIV**
C.C. o NIT : **800196433**
OBJETO : HOSPITAL SIMON BOLIVAR DP 348

HOSPITAL SIMON BOLIVAR DP 440

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Marzo DE 2012.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
SALUD
Hospital Simon Bolivar

214_Asis

ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS N° 1195 - 2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Entre los suscritos a saber, **CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con Cedula de Ciudadanía No 79330123 de Bogota, nombrado mediante Resolución No. 0053 de fecha 9 de Febrero de 2010, posesionado el dia 10 de Febrero de 2010, bajo el Acta N° 1899, en ejercicio del Cargo de Subgerente Cientifico del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoria especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personeria Juridica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen juridico previsto en el Capitulo III, Articulos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de apoyo a la gestion de servicios técnicos y profesionales que no superen los setenta y cinco (75) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por el Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E**, según resolución No.0050 de fecha 01 de febrero del 2010, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**,por una parte y por la otra, **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cedula de ciudadanía numero **52874854** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominara EL PROVEEDOR DE SERVICIOS hemos convenido celebrar la presente Orden de Suministro de Servicios Personales de carácter privado, que se rige por lo señalado en el numeral 6° del articulo 195 de la ley 100 de 1993, articulo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil y en especial por las cláusulas que continuación se establecen, previa las siguientes consideraciones **1)** El Hospital Simón Bolivar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar el suministro de servicios personales de apoyo a la gestión en el área ASISTENCIAL del Hospital, que no es posible atender con el personal de planta. **2)** Las partes de común acuerdo pactan forma contractual escogida y tienen plena conciencia de la naturaleza del vinculo acordado, y la finalidad con la que se acude a la misma. **3)** Existe disponibilidad presupuestal para contratar los servicios requeridos, por lo anterior las partes acuerdan: **PRIMERA. Objeto:** El Objeto de la presente orden es el Suministro de Servicios Personales de Apoyo a la Gestión como **AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA**, en el área **ASISTENCIAL** del Hospital Simón Bolivar. **SEGUNDA. Obligaciones del PROVEEDOR DE SERVICIOS:** para el desarrollo de las actividades contractuales EL PROVEEDOR DE SERVICIOS deberá: **A)** Realizar personalmente las actividades que de él se deriven **B)**. Actuar con suma diligencia, responsabilidad e idoneidad en la ejecución de las actividades contratadas. **C)**. Programar, ejecutar, supervisar, controlar y evaluar las acciones de enfermería participar en la revista medica y de enfermería.,entregar aplicación de métodos y procedimientos de enfermería a los usuarios. Y las demás que se requieran para la correcta ejecución del objeto de la Orden. **D)** Realizar su actividad de manera **transitoria** e **independiente**, esto es sin subordinación o dependencia respecto del **HOSPITAL**, utilizando los recursos propios, salvo cuando las actividades a desarrollar requieran el uso de tecnología biomédica u otros recursos científicos, según el caso **E)** Cumplir con la normatividad vigente en gestión ambiental y demás que tenga relación con la ejecución del objeto de la presente orden. **F)** Participar en las actividades que le sean asignadas para la implementación y el adecuado funcionamiento de la norma técnica de la gestión pública SOGCS en sus 4 componentes. Habilitación, Acreditación, Pamec, Sistema de Información Calidad **G)** Abstenerse de ingresar y usar cámaras fotográficas, video cámaras o cualquier otro medio de reproducción de imágenes, dentro de las instalaciones del Hospital **H)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento los equipos de su especialidad o bienes e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del acto **I)** Hacer la respectiva entrega de las actividades e implementos asignados en el momento de la terminación de esta orden **J)** Conocer, divulgar y aplicar la política ambiental de seguridad y salud ocupacional establecida por el Hospital Simón Bolívar, ejecutar sus actividades y servicios sin crear riesgos para la salud, la seguridad o el ambiente **K)** Tomar todas las medidas conducentes para evitar la contaminación ambiental, prevenir los riesgos durante la ejecución de sus actividades contractuales, y cumplir las leyes ambientales de seguridad y salud ocupacional vigente **L)** No dejar sustancias o materiales nocivos para la flora, fauna o salud humana, ni contaminar la atmósfera, el suelo o los cuerpos de agua. El desacato a esta obligación será causal para no certificar la correcta ejecución de la orden, sin que por esto medie indemnización alguna por parte del Hospital y bajo ninguna circunstancia se procederá a la autorización del pago. **M)** Cumplir como proveedor de servicios independiente con las obligaciones de seguridad social contenidas en las normas legales vigentes **N)** Portar el camé que lo identifica como proveedor de servicios del Hospital en lugar visible. **O)**. Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión de calidad y ambiental, **P)**. Cumplir a cabalidad la normatividad vigente que regula su profesión. **Q)**. Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **R)** El proveedor de servicios se compromete a cobrar oportunamente, los honorarios que se generen en ejecución de la orden de suministro de servicios. Si pasados Seis (6) meses no se ha solicitado el pago de los honorarios, el proveedor de servicios autoriza expresamente con la suscripción de esta orden el reintegro de estas sumas al presupuesto del Hospital, y por consiguiente la donación de los mismos. **S)** Recibir, custodiar y cuidar los bienes y/o elementos que la entidad le proporciona para el desempeño de sus actividades. **T)** Asistir a las jornadas de inducción y/o reinducción convocadas por el grupo de gestión humana. **PARAGRAFO PRIMERO:** El proveedor de servicios al suscribir esta orden deberá presentar los soportes de pago al Fondo de Pensiones, y Entidad Promotora de Salud .**PARÁGRAFO SEGUNDO:**-El proveedor de servicios autoriza al Hospital a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y EPS.**PARÁGRAFO TERCERO:**-Las partes de común acuerdo manifiestan que el proveedor de servicios estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **TERCERA. Valor de la Orden:** para todos los efectos legales, el valor total de la presente orden es **La Suma de DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE. ($2.958.327) CUARTA. Forma de pago:** El Hospital se compromete para con EL PROVEEDOR DE SERVICIOS a pagar el valor de los honorarios señalados en la cláusula anterior, en mensualidades vencidas **La Suma de NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS M/CTE. ($986.109)** o por fraccionamiento de tiempo cuando se requiera y de conformidad a los valores estipulados en la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el encargado del control de la ejecución de la presente orden. **PARÁGRAFO PRIMERO:** para los pagos se requiere la presentación del informe de actividades, certificación de cumplimiento expedida por la supervisión y pagos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pension en los términos y porcentajes contenidos en las normas vigentes sobre la materia. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La consignación de los honorarios se realizara en una cuenta del banco DAVIVIENDA para lo cual EL PROVEEDOR DE SERVICIOS se obliga a abrir una cuenta a su nombre en el mencionado banco, si a la fecha no la posee. **PARÁGRAFO TERCERO:** Los valores enunciados en la presente cláusula serán cancelados por el Hospital al PROVEEDOR DE SERVICIOS previa presentación de su informe de actividades siempre que el mismo y sus anexos se encuentren en debida forma **QUINTA .Imputación presupuestal:** La erogación que se cause con el presente compromiso contractual se hará con cargo al presupuesto de la Entidad de la actual vigencia fiscal, de conformidad con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No : 348 del **27/02/2012 SEXTA. Gastos de transporte y viaje:** Cuando para el cumplimiento del objeto contractual se haga necesario el desplazamiento del PROVEEDOR DE SERVICIOS a sitios diferentes de la ciudad de Bogotá el Hospital suministrara los gastos de transporte e igualmente suministrara los gastos de viaje de acuerdo con la escala de viáticos establecida por la entidad para los funcionarios públicos, a los cuales les serán aplicables los descuentos y retenciones de la ley **SÉPTIMA Plazo de ejecución vigencia:** El término de ejecución de la presente orden será del 01/03/2012 al 31/05/2012 El término de duración de la presente orden será igual al plazo de la ejecución y cuatro (4) meses más. **PARÁGRAFO:** Una vez ejecutado el objeto de la orden, el Hospital cuenta con cuatro meses para realizar la liquidación, termino dentro del cual, si no existen obligaciones entre las partes, se entenderá liquidado automáticamente. **OCTAVA. Suspensión:** El término de ejecución de la orden podrá suspenderse en los siguientes eventos: **a)** por circunstancias de fuerza mayor que impidan su ejecución **b)** por mutuo acuerdo entre las partes. Y el término de esta no se computara para efecto de los plazos de la orden. **NOVENA. Terminación Anticipada** La presente orden podrá darse por terminado de manera anticipada en los siguientes casos **a)** por mutuo acuerdo entre las partes **b)** por fuerza mayor o caso fortuito que haga imposible continuar con su ejecución **c)** las demás contenidas en la ley. **PARÁGRAFO** La terminación anticipada se hará constar en acta suscrita por las partes y en consecuencia inmediatamente deberá liquidarse la orden. **DECIMA. Cláusula Penal Pecuniaria:** En caso de incumplimiento parcial o total de cualquiera de las obligaciones a cargo del PROVEEDOR DE SERVICIOS este deberá pagar a favor del Hospital el diez por ciento (10%) del valor total de la orden, en calidad de cláusula penal pecuniaria, la cual será impuesta por el HOSPITAL mediante resolución motivada. Este valor será descontado del saldo a favor del PROVEEDOR DE SERVICIOS si lo hubiere o hacerse efectiva a través de la garantía única de cumplimiento si hay lugar a ello. **DECIMA PRIMERA Multas:** en caso de mora o retardo en el cumplimiento de las obligaciones por parte del PROVEEDOR DE SERVICIOS el HOSPITAL mediante acto administrativo motivado, impondrá multas sucesivas del 1% del valor mensual de la orden por cada día de retardo, las cuales pondrán ser descontadas de los saldos a favor del PROVEEDOR DE SERVICIOS o hacerse efectivas a través de la garantía única de cumplimiento. **DECIMA SEGUNDA Cláusulas Excepcionales:** El

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Salud
Hospital Simón Bolívar

214_Asis

ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº 1195 - 2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

HOSPITAL podrá declarar la caducidad de la orden si se dan las situaciones previstas en el artículo 18 de la ley 80 de 1993. Así mismo el HOSPITAL podrá interpretar, modificar o terminar unilateralmente la orden si se dan las circunstancias previstas en los artículos 15, 16 y 17 de la misma ley **DECIMA TERCERA. Cláusula de confidencialidad de la información:** EL PROVEEDOR DE SERVICIOS se compromete a guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y / o utilización indebida por si o por un tercero, cause a la administración o a terceros **DECIMA CUARTA. Exclusión de la relación laboral:** La presente orden de conformidad con lo establecido en el artículo 968 del Código de Comercio no genera relación laboral alguna con el proveedor de servicios, por lo tanto el PROVEEDOR DE SERVICIOS solo tendrá derecho a la cancelación de los valores pactados en la cláusula tercera del mismo **DECIMA QUINTA Cesión:** El proveedor de servicios no podrá ceder en todo o en parte a persona natural o jurídica alguna, los derechos y obligaciones que surjan en esta orden, sin la autorización previa, expresa y escrita del HOSPITAL. **DECIMA SEXTA. Supervisión:** La supervisión en la ejecución de la presente orden estará a cargo del **Subgerente Científico** o la persona que se designe para tal efecto, quien ejercerá en nombre del HOSPITAL la vigilancia , según lo previsto en las normas legales, en especial en el manual de contratación de la Entidad **DECIMA SEPTIMA Inhabilidades e incompatibilidades:** EL PROVEEDOR DE SERVICIOS afirma bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma de este documento, no encontrarse incurso en ninguna de las causales de incompatibilidad e inhabilidad de las establecidas en la Constitución y la Ley. **DÉCIMA OCTAVA. Régimen legal aplicable:** Esta orden se regirá por las cláusulas en él establecidas y que se rige por lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **DECIMA NOVENA. Documentos:** forman parte integrante de esta orden los siguientes documentos: 1) solicitud de contratación 2) Certificado de Disponibilidad Presupuestal 3) Hoja de Vida con sus respectivos soportes. 4) Documentos que acreditan la afiliación al régimen de seguridad social en salud y pensión. 5) certificados de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. 6) todos los demás documentos que durante el desarrollo de la presente orden se generen y alleguen al mismo **VIGÉSIMA. Domicilio:** Para todos los efectos legales, las partes fijan como domicilio contractual la ciudad de Bogotá D.C. donde para constancia se firma El 01 de Marzo 2012.

EL HOSPITAL

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO
Subgerente Científico

Elaboró: Jahir Parada
Revisó: Profesional Especializado Grupo Funcional de Contratación
Aprobó: Subgerente Administrativo

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS

Diana Guzmán.
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
Proveedor de Servicios

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Febrero 27 de 2012 CDP. No. **348**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 4.709.598.286.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 5.029.933.312.00
[illegible]O DE APROPIACION : 9.739.531.598.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: LUIS GUILLERMO CANTOR WILCHES.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
SERVICIOS ASISTENCIALES MARZO ABRIL MAYO 2012

POR UN VALOR INICIAL DE : **3.660.000.000.00**
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **3.660.000.000.00**
TRES MIL SEISCIENTOS SESENTA MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 4.709.598.286.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
[illegible]PONIBILIDAD NETA : 1.369.933.312.00

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

YO Laura Gutierrez Cano IDENTIFICADA(O) CON CC Nº 1001972254 DE Bogotá PERTENECIENTE AL REGIMEN **SIMPLIFICADO** DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS, **CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO,** QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DE ESTA CERTIFICACION, QUE EN LA ACTUALIDAD ESTOY EJECUTANDO LOS SIGUIENTES CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LOS CUALES **NO** EXCEDEN LAS 300 UVT MENSUALES.

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR** CON NIT **8001964339**

DESDE 01 Ene 2012 HASTA 31 Dic 2012 POR UN VALOR DE 1'025.000

2. NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____ CON NIT _____

DESDE _____ HASTA _____ POR UN VALOR DE _____

3. NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____ NIT _____

DESDE _____ HASTA _____ POR UN VALOR DE _____

ANTERIOR CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO PRIMERO DEL DECRETO Nº 3590 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

FIRMA Laura Gutierrez Cano

CEDULA 1001972254 Bta

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	SUPERVISIÓN CONTRATISTA	Página: 1 de 1
		Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

94

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854, cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 213, durante el período del día 2/1/2012 AL 2/29/2012

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ F.
SUB GERENTE CIENTIFICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Página: 1 de 1
		Código: FO-295-008
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACIÓN	Versión: 0

El suscrito contratista DIANA GUZMAN GUTIERREZ.

Identificado con cedula de ciudadanía 52'874 854

Certifico que realicé las siguientes actividades :

RECIBO DE TURNO, CANALIZACIONES, ARREGLO DE PACIENTES, PASO DE SONDAS VESICALES, CATETERISMOS VESICALES, CAMBIO DE POSICIONES, TRANSFUSIONES, TOMA DE LABORATORIOS, ARREGLO UNIDAD, CONTEO DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, PASO DE SONDAS NASOGASTRICAS Y ENTREGA DE TURNO.

Del 1 FEBRER al 29 del mes, FEBRERO del año 2012.

Mediante orden de suministro de servicios No. _____

DIANA H. GUZMAN G.

Firma

Vo.Bo. Supervisor O.S.S

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

SIMPLE

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	35537891
Tipo Planilla	I
Fecha de pago	2012 / 02 / 23
Periodo pago de salud	2012 / 02
Periodo pago de pensiones	2012 / 02

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ	Tipo Empresa		Clase Aportante	A E I X
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532842
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C
Activ. Económica		Correo Electrónico	ladydiana05198hotmail.com	Valor Nomina	0
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia		Código	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado						Novedades																Valor IBC						Liquidación de Aportes							
No.	Tipo	Número Docum	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Correcciones	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Nueva AFP	Nueva EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Tarifa Especial Pensión	Días Cotizados Pensión	Días Cotizados Salud	Días Cotizados Riesgos	Cot Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Solid. Subsistm.	Aporte Voluntario Pensión	Cot Salud	UPC Adicional	Cot ARP	Cot CCF
1	CC	52874854	GUZMAN DIANA	230301	EPS051																	38			587,000	587,000	0	0	0	N	N	90,700	0	0	0	70,900	0	0	0

TOTAL PLANILLA

163,100

Linea de atención: Planilla Electrónica Bogotá 3432949 Cali 5540519 y Planilla asistida Bogotá 4444634 Cali 5540527

92

YO Diana Hurmàn, IDENTIFICADA(O) CON CC Nº 52 874 854 DE Bogotá, PERTENECIENTE AL REGIMEN **SIMPLIFICADO** DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS, **CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO,** , QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DE ESTA CERTIFICACION, QUE EN LA ACTUALIDAD ESTOY EJECUTANDO LOS SIGUIENTES CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LOS CUALES **NO** EXCEDEN LAS 300 UVT MENSUALES.

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR** CON NIT **8001964339**

DESDE 02-01-11 HASTA 02-30-12 POR UN VALOR DE 986.000.

2. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ CON NIT _____,

DESDE_____ HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

3. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ NIT _____,

DESDE_____HASTA_____ POR UN VALOR DE _____.

ANTERIOR CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO PRIMERO DEL DECRETO Nº 3590 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

FIRMA Diana Hurmàn

CEDULA 52 874 854

90

130

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	SUPERVISIÓN CONTRATISTA	Página: 1 de 1
		Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854, cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 213, durante el período del día 1/1/2012 AL 1/31/2012

Observaciones en la ejecución de las actividades:

_____

_____

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ F.
SUB GERENTE CIENTIFICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	SUPERVISIÓN CONTRATISTA	Página: 1 de 1
		Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) ECHEVERRY LUIS EDUARDO identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 4346933, cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 139, durante el período del día 1/1/2012 AL 1/31/2012

1/9/1

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ F.
SUB GERENTE CIENTIFICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Página: 1 de 1
		Código : FO-295-008
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACIÓN	Versión: 0

El suscrito contratista Diana Guzman.

Identificado con cedula de ciudadanía 52-874 854

Certifico que realicé las siguientes actividades :

Racibo de turno
Control de Signos vitales.
canalizaciones
Catetarismos Venosos
tranfuciones
arreglo del Paciente
Cambios de posisiones.
arreglo de unidad.
curaciones.
entrega de turno.

Del 7-01-17 al 30-01-17 del mes, Enero del año 17
Mediante orden de suministro de servicios No. 23

Diana Guzmán.
52874854
Firma

Vo.Bo. Supervisor O.S.S

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

SIMPLE — Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos

Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	14104413		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2012	01	17
Periodo pago de salud	2012	01	
Periodo pago de pensiones	2012	01	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa	Clase Aportante: X
Nro. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax 3107532882	No. de Afiliados 1
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTA	Departamento	Bogotá D.C
Actiy. Económica		Correo Electrónico	ladydiana0519@hotmail.com	Valor Nomina 0	Centro de Trabajo
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia			Código

LIQUIDACIÓN DE APORTES

Datos del afiliado							Novedades																Valor IBC				Liquidación de Aportes								
No.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cc. ARP	Cod C.C.F	ING	RET	TDE	TAE	SLN	IGE	LMA	VAC	VSP	Cambio	VST	SUS	IRL	Nueva AFP	Nueva EPS	IBL Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja			Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Solid. Subsistem.	Aporte Volun. Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN DIANA	230301	EPS005																	00	536,000	536,000	0	0	0	0	85,800	0	0	0	67,000	0	0	1

TOTAL GENERAL

153,300

Mesa de Ayuda Planilla Electrónica Bogotá 3402789 Cali 5540815 y Planilla asistida Bogotá 3402787 Cali 5540817

YO Diana Gurman, IDENTIFICADA(O) CON CC Nº 52 874 854 DE Bogota, PERTENECIENTE AL REGIMEN **SIMPLIFICADO** DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS, **CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**, , QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DE ESTA CERTIFICACION, QUE EN LA ACTUALIDAD ESTOY EJECUTANDO LOS SIGUIENTES CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LOS CUALES **NO** EXCEDEN LAS 300 UVT MENSUALES.

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR** CON NIT **8001964339**
DESDE 1º Enero HASTA 31 Enero POR UN VALOR DE $986.000=

2. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ CON NIT _____,
DESDE_____ HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

3. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ NIT _____,
DESDE_____HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

ANTERIOR CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO PRIMERO DEL DECRETO Nº 3590 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

FIRMA Diana Gurman

CEDULA 52 874 854

86

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 01 de 2012 CRP. No. **18**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2012 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

(TA LA DISPONIBILIDAD NRO : 4

LA SUMA INICIAL DE : **444,908,268.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **444,908,268.00**
CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: HONORARIOS SERVICIOS ASISTENCIALES
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: I-II-2012
A NOMBRE DE: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIV**
C.C. o NIT : **800196433**
OBJETO : HOSPITAL SIMON BOLIVAR DP 4

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Enero DE 2012.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ORIGINAL Fec-Imp: 2012/01/10 Hor-Imp: 10:47:51 Usu-Imp: admpre Ter: tqb AAAA/MM: 2012-01 Dep: TOSA cpocre 4.1.7

ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº 213 - 2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Entre los suscritos a saber, **CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con Cédula de Ciudadanía No 79330123 de Bogota, nombrado mediante Resolución No. 0053 de fecha 9 de Febrero de 2010, posesionado el dia 10 de Febrero de 2010, bajo el Acta Nº 1899, en ejercicio del Cargo de Subgerente Cientifico del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoria especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personeria Juridica, patrimonio propio y autonomia Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capitulo III, Articulos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de recursos humanos, cuyo objeto con apoyo de servicios técnico y profesionales que no superen los setenta y cinco (75) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por el Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E**, según resolución No.0050 de fecha 01 de febrero del 2010, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra, **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cedula de ciudadania numero **52874854** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominara EL PROVEEDOR DE SERVICIOS hemos convenido celebrar la presente Orden de Suministro de Servicios Personales de carácter privado, que se rige por lo señalado en el numeral 6º del articulo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil y en especial por las cláusulas que continuación se establecen, previa las siguientes consideraciones **1)** El Hospital Simón Bolivar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar el suministro de servicios personales de apoyo a la gestión en el área Financiera y/o Comercial del Hospital, que no es posible atender con el personal de planta. **2)** Las partes de común acuerdo pactan forma contractual escogida y tienen plena conciencia de la naturaleza del vinculo acordado, y la finalidad con la que se acude a la misma. **3)** Existe disponibilidad presupuestal para contratar los servicios requeridos, por lo anterior las partes acuerdan: **PRIMERA. Objeto:** Suministro de Servicios Personales de Apoyo a la Gestión como **AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA**, en el área ASISTENCIAL del Hospital Simón Bolívar . **SEGUNDA. Obligaciones del CONTRATISTA:** para el desarrollo de las actividades contractuales EL PROVEEDOR DE SERVICIOS deberá: **A)** Realizar personalmente las actividades que de el se deriven **B).** Actuar con suma diligencia, responsabilidad e idoneidad en la ejecución de las actividades contratadas. **C).** Suscribir el acta de inicio, así como también el acta de liquidación contractual, dentro del termino legal indicado para tal efecto. **D)** Programar, ejecutar, supervisar, controlar y evaluar las acciones de enfermeria participar en la revista medica y de enfermeria.,entregar aplicación de métodos y procedimientos de enfermería a los usuarios. y las demás que se requieran para la correcta ejecución del objeto del contrato **E)** Realizar su actividad de manera **transitoria** e **independiente**, esto es sin subordinación o dependencia respecto del **HOSPITAL**, utilizando los recursos propios, salvo cuando las actividades a desarrollar requieran el uso de tecnología biomédica u otros recursos científicos, según el caso **F) EL PROVEEDOR DE SERVICIOS** se obliga a aportar a la presente orden los documentos que demuestren la idoneidad para la ejecución del objeto de la orden y manifiesta bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma de la presente orden que cumple con este requisito **G)** Cumplir con la normatividad vigente en gestión ambiental y demás que tenga relación con la ejecución del objeto de la presente orden **H)** Participar en las actividades que le sean asignadas para la implementación y el adecuado funcionamiento de la norma técnica de la gestión pública SOGCS en sus 4 componentes. Habilitación, Acreditación, Pamec, Sistema de Información Calidad **I)** Abstenerse de ingresar y usar cámaras fotográficas, video cámaras o cualquier otro medio de reproducción de imágenes, dentro de las instalaciones del Hospital **J)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento los equipos de su especialidad o bienes e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del acto **K)** Hacer la respectiva entrega de las actividades e implementos asignados en el momento de la terminación de esta orden **L)** Conocer, divulgar y aplicar la política ambiental de seguridad y salud ocupacional establecida por el Hospital Simón Bolívar, ejecutar sus actividades y servicios sin crear riesgos para la salud, la seguridad o el ambiente **M)** Tomar todas las medidas conducentes para evitar la contaminación ambiental, prevenir los riesgos durante la ejecución de sus actividades contractuales, y cumplir las leyes ambientales de seguridad y salud ocupacional vigente **N)** No dejar sustancias o materiales nocivos para la flora, fauna o salud humana, ni contaminar la atmósfera, el suelo o los cuerpos de agua. El desacato a esta obligación será causal para no certificar la correcta ejecución de la orden, sin que por esto medie indemnización alguna por parte del Hospital y bajo ninguna circunstancia se procederá a la autorización del pago. **O)** Cumplir como contratista independiente con las obligaciones de seguridad social contenidas en las normas legales vigentes **P)** Portar el camé que lo identifica como proveedor de servicios del Hospital en lugar visible. **Q).** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión de calidad y ambiental, Códigos de Buen Gobierno y Ética de la Entidad **R).** Cumplir a cabalidad la normatividad vigente que regula su profesión. **S).** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **T)** El proveedor de servicios se compromete a cobrar oportunamente, los honorarios que se generen en ejecución de la orden de suministro de servicios. Si pasados Seis (6) meses no se ha solicitado el pago de los honorarios, el proveedor de servicios autoriza expresamente con la suscripción de esta orden el reintegro de estas sumas al presupuesto del Hospital, y por consiguiente la donación de los mismos. **U)** Recibir, custodiar y cuidar los bienes y o elementos que la entidad le proporciona para el desempeño de sus actividades. **V)** Asistir a las jornadas de inducción y/o reinducción convocadas por el grupo de gestión humana. **PARAGRAFO PRIMERO:** El proveedor de servicios al suscribir esta orden deberá presentar los soportes de pago al Fondo de Pensiones, y Entidad Promotora de Salud. **PARÁGRAFO SEGUNDO:-** El proveedor de servicios autoriza al Hospital a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y EPS. **PARÁGRAFO TERCERO:-** Las partes de común acuerdo manifiestan que el proveedor de servicios estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **TERCERA. Valor del contrato:** para todos los efectos legales, el valor total de la presente orden es **La Suma de UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE. ($1.972.218) CUARTA. Forma de pago:** El Hospital se compromete para con EL PROVEEDOR DE SERVICIOS a pagar el valor de los honorarios señalados en la cláusula anterior, en mensualidades vencidas **La Suma de NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS M/CTE. ($986.109)** o por fraccionamiento de tiempo cuando se requiera y de conformidad a los valores estipulados en la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el encargado del control de la ejecución de la presente orden. **PARÁGRAFO PRIMERO:** para los pagos se requiere la presentación del informe de actividades, certificación de cumplimiento expedida por la supervisión y pagos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones en los términos y porcentajes contenidos en las normas vigentes sobre la materia. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La consignación de los honorarios se realizara en una cuenta del banco DAVIVIENDA para lo cual EL PROVEEDOR DE SERVICIOS se obliga a abrir una cuenta a su nombre en el mencionado banco, si a la fecha no la posee. **PARÁGRAFO TERCERO:** Los valores enunciados en la presente cláusula serán cancelados por el Hospital al PROVEEDOR DE SERVICIOS previa presentación de su informe de actividades siempre que el mismo y sus anexos se encuentren en debida forma **QUINTA .Imputación presupuestal:** La erogación que se cause con el presente compromiso contractual se hará con cargo al presupuesto de la Entidad de la actual vigencia fiscal, de conformidad con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No : 4 del 01/01/2012 **SEXTA. Gastos de transporte y viaje:** Cuando para el cumplimiento del objeto contractual se haga necesario el desplazamiento del PROVEEDOR DE SERVICIOS a sitios diferentes de la ciudad de Bogota el Hospital suministrara los gastos de transporte e igualmente suministrara los gastos de viaje de acuerdo con la escala de viáticos establecida por la entidad para los funcionarios públicos, a los cuales les serán aplicables los descuentos y retenciones de la ley **SÉPTIMA Plazo de ejecución vigencia:** El término de ejecución de la presente orden será del 01/01/2012 al 29/02/2012 El término de duración de la presente orden será igual al plazo de la ejecución y cuatro (4) meses más. **PARÁGRAFO:** Una vez ejecutado el objeto de la orden,

ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº 213 - 2012 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

el Hospital cuenta con cuatro meses para realizar la liquidación, termino dentro del cual, si no existen obligaciones entre las partes, se entenderá liquidado automáticamente. **OCTAVA. Suspensión:** El termino de ejecución del contrato podrá suspenderse en los siguientes eventos: **a)** por circunstancias de fuerza mayor que impidan su ejecución **b)** por mutuo acuerdo entre las partes. Y el termino de esta no se computara para efecto de los plazos del contrato. **NOVENA. Terminación Anticipada** El presente contrato podrá darse por terminado de manera anticipada en los siguientes casos **a)** por mutuo acuerdo entre las partes **b)** por fuerza mayor o caso fortuito que haga imposible continuar con su ejecución **c)** las demás contenidas en la ley. **PARÁGRAFO** La terminación anticipada se hará constar en acta suscrita por las partes y en consecuencia inmediatamente deberá liquidarse el contrato. **DECIMA. Cláusula Penal Pecuniaria:** En caso de incumplimiento parcial o total de cualquiera de las obligaciones a cargo del PROVEEDOR DE SERVICIOS este deberá pagar a favor del Hospital el diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en calidad de cláusula penal pecuniaria, la cual será impuesta por el HOSPITAL mediante resolución motivada. Este valor será descontado del saldo a favor del PROVEEDOR DE SERVICIOS si lo hubiere o hacerse efectiva a través de la garantía única de cumplimiento si hay lugar a ello. **DECIMA PRIMERA Multas:** en caso de mora o retardo en el cumplimiento de las obligaciones por parte del PROVEEDOR DE SERVICIOS el HOSPITAL mediante acto administrativo motivado, impondrá multas sucesivas del 1% del valor mensualizado del contrato por cada día de retardo, las cuales pondrán ser descontadas de los saldos a favor del PROVEEDOR DE SERVICIOS o hacerse efectivas a través de la garantía única de cumplimiento. **DECIMA SEGUNDA Cláusulas Excepcionales:** El HOSPITAL podrá declarar la caducidad de la orden si se dan las situaciones previstas en el artículo 18 de la ley 80 de 1993. Así mismo el HOSPITAL podrá interpretar, modificar o terminar unilateralmente el contrato si se dan las circunstancias previstas en los artículos 15, 16 y 17 de la misma ley **DECIMA TERCERA. Cláusula de confidencialidad de la información:** EL PROVEEDOR DE SERVICIOS se compromete a guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y / o utilización indebida por si o por un tercero, cause a la administración o a terceros **DECIMA CUARTA. Exclusión de la relación laboral:** La presente orden de conformidad con lo establecido en el artículo 968 del Código de Comercio no genera relación laboral alguna con el proveedor de servicios, por lo tanto el PROVEEDOR DE SERVICIOS solo tendrá derecho a la cancelación de los valores pactados en la cláusula tercera del mismo **DECIMA QUINTA Cesión:** El proveedor de servicios no podrá ceder en todo o en parte a persona natural o jurídica alguna, los derechos y obligaciones que surjan en esta orden, sin la autorización previa, expresa y escrita del HOSPITAL. **DECIMA SEXTA. Supervisión:** La supervisión en la ejecución del presente orden estará a cargo del **Subgerente Científico** o la persona que se designe para tal efecto, quien ejercerá en nombre del HOSPITAL la vigilancia , según lo previsto en las normas legales, en especial en el manual de contratación de la Entidad **DECIMA SEPTIMA Inhabilidades e incompatibilidades:** EL PROVEEDOR DE SERVICIOS afirma bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma de este documento, no encontrarse incurso en ninguna de las causales de incompatibilidad e inhabilidad de las establecidas en la constitución y la Ley. **DÉCIMA OCTAVA. Régimen legal aplicable:** Esta orden se regirá por las cláusulas en él establecidas y que se rige por lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **DECIMA NOVENA. Documentos:** forman parte integrante de esta orden los siguientes documentos: 1) solicitud de contratación 2) Certificado de Disponibilidad Presupuestal 3) Hoja de Vida con sus respectivos soportes. 4) Documentos que acreditan la afiliación al régimen de seguridad social en salud y pensión. 5) certificados de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. 6) todos los demás documentos que durante el desarrollo de la presente orden se generen y alleguen al mismo **VIGÉSIMA. Domicilio:** Para todos los efectos legales, las partes fijan como domicilio contractual la ciudad de Bogota D.C, donde para constancia se firma el El 01 de Enero 2012.

EL HOSPITAL

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO
Subgerente Científico
Elaboró: Jahir Parada
Revisó: Profesional Especializado Grupo Funcional de Contratación
Aprobó: Subgerente Administrativo

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS

Diana Guzman 52874854
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
Proveedor de Servicios

83

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 01 de 2012 CDP. No. 4

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 1,990,000,000.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 10,289,000,000.00
SALDO DE APROPIACION : 12,279,000,000.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: JESUS EDUARDO ALFONSO GONZALEZ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
HONORARIOS SERVICIOS ASISTENCIALES HSB

POR UN VALOR INICIAL DE : 450,000,000.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 450,000,000.00
CUATROCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 1,990,000,000.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 9,839,000,000.00

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

82

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

EL PROFESIONAL ESPEACIALIZADO DE GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que la Planta del Hospital Simón Bolívar se encuentra conformada por 791 cargos, de los cuales se encuentran provistos 699, siendo los restantes cargos (de carrera) ofertados en la Convocatoria 001 de 2005 para ser provistos mediante proceso de selección efectuado por la Comisión Nacional del Servicio Civil.

Que teniendo en cuenta la complejidad del servicio de salud que presta la institución, la capacidad instalada y en razón a que el Hospital labora las 24 horas del día, se evidencia que la planta de personal no cubre el requerimiento de profesionales de la salud necesarios para prestar el servicio en mención, bajo los estándares de recurso humano establecidos en el Sistema Único de Habilitación.

Que en el portafolio de servicios del Hospital Simón Bolívar, se ofertan especialidades que no pueden ser cubiertas por personal de planta.

Que con el fin de satisfacer plenamente las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias, se hace necesario el apoyo del personal por contrato de prestación de servicios, para brindar un servicio con calidad, humanización y asegurando la mejora continua, para el logro de los objetivos del hospital en su gestión social, asistencial y financiera.

La presente certificación se expide el día 1 del mes de enero de 2012.

LUCY STELLA ALVAREZ RAMIREZ

Aprobó: Lucy Stella Álvarez R.
Elaboró: Luz Stella C.

Libertad y Orden

Foto

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL
Empresa Social del Estado

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	Estado Civil
Guzman	Gutierrez	Diana	

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52874854 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 05 MES 03 AÑO 1981

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogota

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cll 59 N 48 B 54 Sur

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogota

TELÉFONO: 7-75-74-76 EMAIL: Ladydiana0574@hotmail

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	√	MES 12 AÑO 1999

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
TC	4	X		Tecnico en Aux de enfermeria	12	2000	
TC	30 horas	X		Tecnico en prim. Auxilio	10	1999	

ESPECIFIQUE 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)

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL
Empresa Social del Estado

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Simon Bolivar.	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca.	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
673-26-00	DÍA 14 MES 08 AÑO 2011	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	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

TELEFONOS	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)

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL
Empresa Social del Estado

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	7	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		8
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).

Diana Guzman.

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 UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL
Empresa Social del Estado

1. DECLARACION JURAMENTADA

(1) DE BIENES Y RENTAS

YO, Diana Guzmán

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 52874854 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cundinamarca	Bogota.

Dirección	Teléfonos
Clla 54 · Bis N 48 D 54 ·	7 75 74 76 ·

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Daniel Santiago Guzmán Gutierrez.		hijo
Yuri Gutierrez Trujillo	51677690	madre
Jorge Alirio Guzmán		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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$ 0

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL
Empresa Social del Estado

1.1. DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Diana Guzman.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota. 15-12-11
CIUDAD Y FECHA

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. 67 con corte a 30 de septiembre de 2011, hoy jueves 15 de diciembre de 2011, a las 15:29:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.874.854
Código de Verificación	15822163662011

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 68 , en la Página Web de la Entidad, la cual se efectuará en el mes de Enero de 2012.

CLAUDIA CRISTINA SERRANO EVERS

JMMC

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E	CÓDIGO:	A-GDG-F-66
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	01
	FORMATO PARA LA PROGRAMACIÓN DE PRESUPUESTO SERVICIOS TÉCNICOS DE INVERSIÓN	VIGENCIA:	27-06-2008
		Página 1 de 1	

SUBDIRECCIÓN: GENERAL DE INVESTIGACIONES, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN — AÑO: 2012

RUBRO MACRO: MEJORAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA PARA AUMENTAR EL CONOCIMIENTO SOBRE COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD Y PARA AUMENTAR LA BÚSQUEDA DE INTERVENCIONES COSTO - EFECTIVAS SOBRE MORBIMORTALIDAD POR CÁNCER EN COLOMBIA — CÓDIGO: 41030310

C41030310108	01-TALENTO HUMANO	Profesional en ciencias biológicas o químicas con título de maestría en bioquímica, o biología molecular, o genética, de preferencia con experiencia en técnicas de PCR, PCR en tiempo real y ELISA.	Profesional Especializado III	8M 19D	01 de marzo de 2012	INVEST EPIDE DEL CA	INVERSIÓN	1	$ 3.530.675	$ 30.506.872	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310108										$ 30.506.872				
C41030310109	01-TALENTO HUMANO	Microbiólogo con maestría en Microbiología	Profesional Especializado III	9M 14D	10 de enero de 2012	INVEST BIOLOG DEL CA	INVERSIÓN	1	$ 3.530.675	$ 33.423.723	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Josefa Antonia Rodríguez García	N/A
C41030310109	01-TALENTO HUMANO	Bacterióloga	Profesional Universitario V	2M 7D	10 de enero de 2012	INVEST BIOLOG DEL CA	INVERSIÓN	1	$ 1.754.304	$ 3.958.907	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Lina María Martínez Correa	
				6M 23D	15 de marzo de 2012		COLCIENCIAS	1	$ 1.754.304	$ 15.425.280	Administrados Colciencias			JOVENES INVESTIGADORES
TOTAL C41030310109										$ 37.382.930				
C41030310110	01-TALENTO HUMANO	Coordinador - Cali	Profesional Universitario IV	4M 17D	01 de marzo de 2012	GR PATOLOGIA	INVERSIÓN	1	$ 2.011.530	$ 9.185.987	Pendiente	Selección	Selección	
C41030310110	01-TALENTO HUMANO	Coordinador - Cartagena	Profesional Universitario IV	4M 17D	01 de marzo de 2012	GR PATOLOGIA	INVERSIÓN	1	$ 2.011.530	$ 9.185.987	Pendiente	Selección	Selección	
C41030310110	01-TALENTO HUMANO	Coordinador - Bogotá	Profesional Universitario IV	5M 1D	10 de enero de 2012	GR PATOLOGIA	INVERSIÓN	1	$ 2.011.530	$ 10.126.026	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Ana Milena Gil Quijano	N/A
	05-COMUNICACIONES-TRANSPORTE								$ 1.000.000	$ 2.000.000				
TOTAL C41030310110										$ 30.500.000				
C41030310118	01-TALENTO HUMANO	Médico con conocimientos en biología molecular	Profesional Universitario II	11M 21D	10 de enero de 2012	GR INVESTIGACION BIOLOGIA DEL CANCER	INVERSIÓN	1	$ 2.682.042	$ 32.184.504	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310118										$ 32.184.504				
C41030310191	01-TALENTO HUMANO	Profesional en ciencias (Bacteriólogo, Biólogo, Químico o Médico)	Profesional Universitario IV	11M 21D	10 de enero de 2012	GR INVESTIGACION BIOLOGIA DEL CANCER	INVERSIÓN	1	$ 2.011.530	$ 24.138.360	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310191										$ 24.138.360				
C41030310199	01-TALENTO HUMANO	Enfermero	Enfermero	9M 28D	10 de enero de 2012	GR CIRUGIA ONCOLOGICA Y SENO	INVERSIÓN	1	$ 2.279.736	$ 22.681.859	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310199										$ 22.681.859				
C41030310208	01-TALENTO HUMANO	Profesional en salud	Profesional Universitario III	10M	01 de marzo de 2012	GR PEDIATRIA	INVERSIÓN	1	$ 1.134.093	$ 11.340.930	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310208										$ 11.340.930				
C41030310218	01-TALENTO HUMANO	Ingeniero industrial, estadístico, físico o afines	Profesional Universitario V	6M	10 de enero de 2012	IMAGENOLOGIA	INVERSIÓN		$ 877.152	$ 5.262.912	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310218										$ 5.262.912				
C41030310230	01-TALENTO HUMANO	Médico con conocimientos en biología molecular	Profesional Universitario IV	6M	10 de enero de 2012	GR INVESTIGACION BIOLOGIA DEL CANCER	INVERSIÓN	1	$ 2.011.530	$ 12.069.180	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310230										$ 12.069.180				
C41030310238	01-TALENTO HUMANO	Nutricionista Dietista con experiencia en el área clínica y conocimientos en epidemiología clínica e investigación.	Profesional Universitario II	9M 22D	01 de febrero de 2012	GR INVESTIGACIÓN CLÍNICA	INVERSIÓN	1	$ 1.341.021	$ 13.052.849	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310238										$ 13.052.849				
C41030310258	01-TALENTO HUMANO	Profesional en salud	Profesional Universitario III	10M 26D	05 de febrero de 2012	GR ENDOCRINOLOGIA	INVERSIÓN	1	$ 2.268.186	$ 24.693.250	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310258										$ 24.693.250				
C41030310259	01-TALENTO HUMANO	Enfermero	Enfermero	9M 28D	10 de enero de 2012	GR CIRUGIA ONCOLOGICA Y SENO	INVERSIÓN	1	$ 1.139.868	$ 11.340.930	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310259										$ 11.340.930				
GRAN TOTAL										$ 874.262.484				

FIRMA COORDINADOR GRUPO AREA INVESTIGACIONES

FIRMA SUBDIRECTOR GENERAL DE INVESTIGACIONES, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PROMOCION Y PREVENCION

FIRMA COOR. GRUPO AREA GESTIÓN DEL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

Personería de Bogotá, D.C.

LA SUSCRITA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA PERSONERIA DE BOGOTA D.C.

No. 172561
Pag. 1 de 1

CERTIFICA

Que el señor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Quien se identifica con la cedula de ciudadania No: 52874854 (CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO) 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, Quince (15) de DICIEMBRE del año Dos Mil Once - 2011, 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

JACQUELINE OROZCO TORO
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E	CÓDIGO:	A-GDG-F-68
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	01
	FORMATO PARA LA PROGRAMACIÓN DE PRESUPUESTO SERVICIOS TÉCNICOS DE INVERSIÓN	VIGENCIA:	27-06-2008
		Página 1 de 1	

SUBDIRECCIÓN: GENERAL DE INVESTIGACIONES, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN — AÑO: 2012

RUBRO MACRO: MEJORAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA PARA AUMENTAR EL CONOCIMIENTO SOBRE COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD Y PARA AUMENTAR LA BÚSQUEDA DE INTERVENCIONES COSTO - EFECTIVAS SOBRE MORBIMORTALIDAD POR CÁNCER EN COLOMBIA — CÓDIGO: 41030310

RUBRO PROYECTO	CONCEPTO PRESUPUESTAL	OBJETO DEL CONTRATO	PERFIL	TIEMPO (MES)	FECHA DE INICIO	CENTRO DE COSTO	TIPO DE GASTO	CANTIDAD	VR. MES.	VR. TOTAL	CDP	TIPO DE PROCESO	NOMBRE CONTRATISTA	CONVOCATORIA
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Profesional de la Salud o Estadístico, con especialización o maestría en alguna de las siguientes: epidemiología, estadística, matemáticas, economía o ingeniería	Profesional Especializado II	11M 21D	10 de enero de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 3.754.859	$ 43.931.850	Pendiente	Selección	Selección	
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Estadístico con maestría en alguna de las siguientes: epidemiología, estadística, matemáticas, economía o ingeniería	Profesional Especializado II	11M 21D	10 de enero de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 3.754.859	$ 43.931.850	Pendiente	Selección	Selección	
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Profesional de la Salud con especialización, maestría o doctorado en epidemiología	Profesional Especializado II	11M 21D	10 de enero de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 3.754.859	$ 43.931.850	Pendiente	Selección	Selección	
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Profesional de la Salud con especialización, maestría o doctorado en epidemiología	Profesional Especializado II	11M 21D	10 de enero de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 3.754.859	$ 43.931.850	Pendiente	Selección	Selección	
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Profesional de la Salud con especialización, maestría o doctorado en epidemiología	Profesional Especializado II	11M 21D	10 de enero de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 3.754.859	$ 43.931.850	Pendiente	Selección	Selección	
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Profesional de la Salud con especialización, maestría o doctorado en epidemiología	Profesional Especializado II	11M 21D	10 de enero de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 3.754.859	$ 43.931.850	Pendiente	Selección	Selección	
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Profesional de la Salud con maestría en Informática Médica	Profesional Especializado II	11M 21D	10 de enero de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 3.754.859	$ 43.931.850	Pendiente	Selección	Selección	
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Profesional del área de la Salud (medicina, enfermería, bacteriología, biología, microbiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, odontología) - Monitor	Profesional Universitario III	11M 21D	10 de enero de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 2.268.186	$ 26.537.776	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Juan Carlos Cajiao Obando	N/A
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Profesional del área de la Salud (medicina, enfermería, bacteriología, biología, microbiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, odontología) - Monitor	Profesional Universitario III	11M 21D	10 de enero de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 2.268.186	$ 26.537.776	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Mónica Johana Sotelo Mora	N/A
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Profesional del área de la Salud (medicina, enfermería, bacteriología, biología, microbiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, odontología) - Monitor	Profesional Universitario III	11M 21D	10 de enero de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 2.268.186	$ 26.537.776	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Aurelio de Jesús Garrido Bohórquez	N/A
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Profesional del área de la Salud (medicina, enfermería, bacteriología, biología, microbiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, odontología) - Monitor	Profesional Universitario III	11M 21D	10 de enero de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 2.268.186	$ 26.537.776	Pendiente	Selección	Selección	N/A
C41030310001	01-TALENTO HUMANO	Ingeniero de Sistemas	Profesional Universitario III	7M 29D	02 de mayo de 2012	GR AR INVESTIGACION	INVERSIÓN	1	$ 2.268.186	$ 16.145.463	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310001										$ 431.819.517				
C41030310023	01-TALENTO HUMANO	Trabajadora Social	Profesional Universitario III	11M 21D	10 de enero de 2012	CONS RADIOTERAPIA	INVERSIÓN	1	$ 2.268.186	$ 26.613.382	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Nury Isabel Lozada Rubio	N/A
C41030310023	01-TALENTO HUMANO 05-COMUNICACIONES-TRANSPORTE	Trabajadora Social	Profesional Universitario V	11M 21D	10 de enero de 2012	CONS RADIOTERAPIA	INVERSIÓN	1	$ 1.754.304 $ 100.000	$ 20.583.833 $ 1.200.000	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Yenny Margarita Rozo Rodriguez	N/A
TOTAL C4103031023										$ 48.397.215				
C41030310036	01-TALENTO HUMANO	Profesional en ciencias biológicas o químicas, con título de maestría y experiencia en normalización de técnicas de biología molecular, deseable que haya trabajado en PCR en tiempo real.	Profesional Especializado III	11M 21D	10 de enero de 2012	INVEST BIOLOG DEL CA	INVERSIÓN	1	$ 3.530.675	$ 41.308.898	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Clara Esperanza Trujillo	N/A
C41030310036	01-TALENTO HUMANO	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de enfermería	11M 21D	10 de enero de 2012	INVEST BIOLOG DEL CA	INVERSIÓN	1	$ 1.175.053	$ 13.904.974	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Ana Milena Cardona Mora	N/A
TOTAL C41030310036										$ 55.213.872				
C41030310088	01-TALENTO HUMANO	Psicólogo - Coordinador	Profesional Universitario III	11M 21D	10 de enero de 2012	GR INVESTIGACIÓN CLÍNICA	INVERSIÓN	1	$ 2.268.186	$ 26.537.776	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Fabio Sierra Matamoros	N/A
C41030310088	01-TALENTO HUMANO	Psicólogo	Profesional Universitario III	7M 22D	10 de enero de 2012	GR INVESTIGACIÓN CLÍNICA	INVERSIÓN	1	$ 1.134.093	$ 8.770.319	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Sandra Carolina Urrego Barbosa	N/A
C41030310088	01-TALENTO HUMANO	Bacteriólogo	Profesional Universitario III	7M 20D	10 de enero de 2012	GR INVESTIGACIÓN CLÍNICA	INVERSIÓN	1	$ 1.134.093	$ 8.732.485	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Sandra Yamile Saaverdra Rojas	N/A
TOTAL C41030310088										$ 44.040.580				
C41030310089	01-TALENTO HUMANO	Biólogo	Profesional Universitario III	11M 21D	10 de enero de 2012	INVEST BIOLOG DEL CA	INVERSIÓN	1	$ 2.268.186	$ 26.537.776	Pendiente	Contrato Prestación de servicios	Mauro Nicolás Morales Cárdenas	N/A
C41030310089	01-TALENTO HUMANO	Tecnólogo o tener 8 semestres de carrera profesional en Biología	Tecnólogo	7M 15D	10 de enero de 2012	INVEST BIOLOG DEL CA	INVERSIÓN	1	$ 1.743.328	$ 13.119.248	Pendiente	Selección	Selección	
TOTAL C41030310089										$ 39.657.024				

1166220383 WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

12:00:32
Hoja: 1 de 1

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 31592026

Bogotá DC, 15 de diciembre de 2011

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) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 52874854 :

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.

República de Colombia

Departamento Administrativo de Seguridad

Certificado Judicial

El Departamento Administrativo de Seguridad certifica:

Que a la fecha jueves 15 diciembre 2011 DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
con Cédula de Ciudadanía Nº 52874854 de Bogotá D. C.

NO REGISTRA ANTECEDENTES

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

Código de Verificación: 249603424098

Manuel A. Diaz.
Coordinador Grupo Identificación

Para verificar la autenticidad del presente certificado, deberá ingresar a www.certificadojudicial.gov.co
al servicio "Consultar Certificado Judicial".

Haciendo más fácil tu relación con el Estado | Departamento Administrativo Seguridad 2011 © Todos Los derechos reservados.

23

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19067396

GONZALEZ GONZALEZ
APELLIDOS

LUIS NELSON
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1948
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

26-MAY-1970 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500114-42102872-M-0019067396-20020627 0612302178O 02 112257983

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	SUPERVISIÓN CONTRATISTA	Página: 1 de 1 Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854, cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 4298, durante el período del día 12/1/2011 AL 12/31/2011

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ F.
SUB GERENTE CIENTIFICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Página: 1 de 1
		Código: FO-295-008
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACIÓN	Versión: 0

El suscrito contratista DIANA MILEYA GUZMAN GUTIERREZ.

Identificado con cedula de ciudadanía 52'874.854

Certifico que realicé las siguientes actividades :

RECIBIR TURNO, CANALIZACIONES, TRANSFUSIONES, ARREGLO DE UNIDAD, CAMBIO DE PACIENTES, CAMBIO DE POSICIONES, CURACIONES, CONTROL DE LIQUIDOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES.

Del 16 01 2 al 31 1 del mes, 12 del año 2011

Mediante orden de suministro de servicios No. 4298

Diana Guzmán

Firma

Vo.Bo. Supervisor O.S.S

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - www.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	14024445
Tipo Planilla	I
Fecha de pago	2011 | 12 | 14
Periodo pago de salud	2011 | 12
Periodo pago de pensiones	2011 | 12

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIRELLA GUZNAN GUTIERREZ			Tipo Empresa		Clase Aportante	A B I X
No. Documento	CC 52874854	Dirección	C 59 48 E 54 SUR	Fax	3107532882	No. de Afiliados	1
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C		
Activ. Económica		Correo Electrónico	ladydiana1905@hotmail.com	Valor Nomina	0	Centro de Trabajo	
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia				Código	

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado							Novedades																Valor FDC						Liquidación de Aportes							
No.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Numero AFP	Numero EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Cotiza Pensión	Cotiza Salud	Cotiza ARP	Cotiza CCF	Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Solid. Subsisten.	Aporte Volunt. Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZNAN DIANA	231001	EPS005																		00			536,000	536,000	0	0	N	N	85,800	0	0	0	67,000	0	0	0

TOTAL GENERAL
152,900

Línea de atención: Planilla Electrónica Bogotá 3432946 Cali 5540515 y Planilla Manual Bogotá 4444634 Cali 5540777

COLSUBSIDIO
ROMA

AGENTE RETENEDOR DE IVA
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
VV		
693927	RECAUDO PLANILLA $	152.900
	TOTAL --> $	**152.900**
	EFECTIVO	153.000
	CAMBIO	**100**

TOTAL ART. VENDIDOS = 0

ATENDIDO POR: ROSALBA LOPEZ

12/13/11 11:48 4500 10 0123 39709189
COLSUBSIDIO
CON TODO LO QUE TE MERECES

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Noviembre 30 de 2011 CRP. No. 4309

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2011 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 2262

LA SUMA INICIAL DE : 1.133.800.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.133.800.000.00
UN MIL CIENTO TREINTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: SERVICIO DE CONTRATACION ASISTENCIAL DICIEMBRE/2
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: XII/31
A NOMBRE DE: HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIV
C.C. o NIT : 800196433
OBJETO : HOSPITAL SIMON BOLIVAR DP 2262

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 30 DIAS DEL MES DE Noviembre DE 2011.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ADICIÓN Y PRÓRROGA No. 4 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS No 4298 – 2011 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Entre los suscritos a saber **CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con Cédula de Ciudadanía No 79330123 de Bogota, nombrado mediante Resolución No. 0053 de fecha 9 de Febrero de 2010, posesionado el día 10 de Febrero de 2010, bajo el Acta N° 1899, en ejercicio del Cargo de Subgerente Cientifico del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de recursos humanos, cuyo objeto con apoyo de servicios técnico y profesionales que no superen los setenta y cinco (75) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por el Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0050 de fecha 01 de febrero del 2010, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ,** Identificado con la Cedula de Ciudadanía No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente adición y prórroga a la orden de suministro de servicios No .4298 -2011, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N° 4298 -2011 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como AUXILIAR ENFERMERIA en el área **ASISTENCIAL** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato. **3-)** Que el Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición y Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato en **La Suma de NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS M/CTE. ($986.109) SEGUNDA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato hasta el 31/12/2011 **TERCERA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No **2262** del 30/11/2011 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma El 30 de Noviembre 2011

EL HOSPITAL

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO
Subgerente Cientifico

Proyectó: Jahir Parada
Revisó: Mónica Cely
Aprobó: JEAG

EL CONTRATISTA

Diana Guzman.
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Noviembre 30 de 2011 CDP. No. 2262

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : T05A JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : .00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1.133.826.867.00
SALDO DE APROPIACION : 1.133.826.867.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: LUIS GUILLERMO CANTOR WILCHES.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
SERVICIOS DE CONTRATACION ASISTENCIAL DICIEMBRE/2011

POR UN VALOR INICIAL DE : 1.133.800.000.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.133.800.000.00
UN MIL CIENTO TREINTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: .00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 26.867.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (32) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

Recibí Diego Suárez

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ORIGINAL Fec-Imp: 2011/12/06 Hor-Imp: 15:38:35 Usu-Imp: admore Ter: tCb AAAA/MM: 2011-11 Dep: T05A cpcdi 4.1.3

YO Diana Guzmán, IDENTIFICADA(O) CON CC Nº 52.874.854 DE Bogotá, PERTENECIENTE AL REGIMEN **SIMPLIFICADO** DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS, **CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO,** , QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DE ESTA CERTIFICACION, QUE EN LA ACTUALIDAD ESTOY EJECUTANDO LOS SIGUIENTES CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LOS CUALES **NO** EXCEDEN LAS 300 UVT MENSUALES.

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR** CON NIT **8001964339**

DESDE 01-12 HASTA 31-12 POR UN VALOR DE 986.709.

2. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ CON NIT _____,
DESDE_____ HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

3. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ NIT _____,
DESDE_____HASTA_____ POR UN VALOR DE _____.

ANTERIOR CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO PRIMERO DEL DECRETO Nº 3590 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

FIRMA Diana Guzmán

CEDULA 52 874 854

YO Diana Guzmán, IDENTIFICADA(O) CON CC Nº 57 874 854 DE _____, PERTENECIENTE AL REGIMEN **SIMPLIFICADO** DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS, **CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO,** , QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DE ESTA CERTIFICACION, QUE EN LA ACTUALIDAD ESTOY EJECUTANDO LOS SIGUIENTES CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LOS CUALES **NO** EXCEDEN LAS 300 UVT MENSUALES.

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR** CON NIT **8001964339**

DESDE Noviembre HASTA 30.11.11 POR UN VALOR DE _____

2. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ CON NIT _____,
DESDE_____ HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

3. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ NIT _____,
DESDE_____HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

ANTERIOR CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO PRIMERO DEL DECRETO Nº 3590 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

FIRMA Diana Guzmán

CEDULA 57.874.854

63

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854, cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 4298, durante el período del día 11/1/2011 AL 11/30/2011

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ F.
SUB GERENTE CIENTIFICO

62

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Página: 1 de 1
		Código: FO-295-008
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACIÓN	Versión: 0

El suscrito contratista DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ.

Identificado con cedula de ciudadanía 52'874 854

Certifico que realicé las siguientes actividades :

RECIBIR TURNO, CANALIZACIONES, TRANSFUSIONES, ARREGLO DE UNIDAD, CAMBIO PACIENTE, CAMBIO DE POSICIONES, CURACIONES, CONTROL DE LIQUIDOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES

Del 1 al 30 del mes, NOVIEMBRE del año 2011.

Mediante orden de suministro de servicios No. _____.

Diana Guzman
52.874.854.
Firma

Vo.Bo. Supervisor O.S.S

5.26.76.63

SIMPLE S.A.
Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos

RECIBO DE PAGO - PAS

Colsubsidio · CAFAM · Comfandi · Famisanar · Procesos & Canje

No. REFERENCIA	8838166929	No. PLANILLA	13816692	No. DE AFILIADOS	1	PERÍODO DE PAGO SALUD	11	11	PENSIÓN	11	11
NIT / CÉDULA	52874854	APORTANTE	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ								

DETALLE DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	COT	NOVEDADES		SALUD	APORTE	PENSIÓN	APORTE	ARP	APORTE	CAJA	APORTE
CC 52874854	DIANA GUZMAN	3			SANITAS	67.000	COLFONDOS	85.800	--	0	--	0
			DÍAS	BASE COTIZACIÓN	30	536.000	30	536.000	0	0	0	0
			DÍAS	BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS	BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS	BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS	BASE COTIZACIÓN								
TOTALES					$	67.000	$	85.800	$	0	$	0

TOTAL ICBF	$ 0
TOTAL SENA	$ 0
TOTAL A PAGAR APORTES	$ 152.800
DÍAS DE MORA	10
VALOR DE LA MORA	$ 1,100

FECHA LÍMITE DE PAGO: 18/11/2011

TOTAL VALOR A PAGAR

$ 153.900

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO SIN EL TIMBRE DE LA CAJA REGISTRADORA

IMPORTANTE: Una vez realizado el pago se hará efectivo al siguiente día hábil. Recuerde revisar y verificar la información contenida en el presente documento; si encuentra alguna inconsistencia, acérquese nuevamente al punto de atención de SIMPLE para que se realice la corrección antes de efectuar el pago.

11/18/11 14:57 4500 0182 1359

63

COLSUBSIDIO
ROMA

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE CONVENIO: PLANILLA SIMPLE RECAU
CODIGO : 20596
FORMULA : 8838166929

Codisc	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	153900
			153900

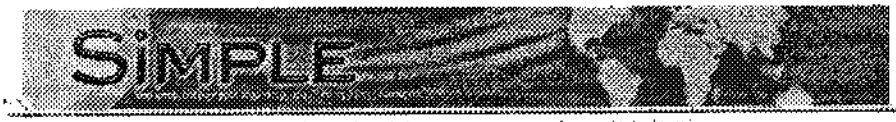
DOCUMENTO

1111180011467247
CONSECUTIVO: 001

NOV 18, 11 14:58

11/18/11 14:59 4500 11 0182 1

3.03.29.49



Sistema Integrado Modulo de Pago Electronico - www.aportesenlinea.com

COMPROBANTE DE PAGO PLANILLA ÚNICA

DATOS APORTANTE		DATOS OPERADOR DE INFORMACIÓN	
Razón social	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIE	Razón Social	SIMPLE S.A.
No. de Identificación	CC 52874854	No. de Identificación	NI 9000973339

DATOS PLANILLA					
No. Planilla	13816692	Tipo de planilla	I	No. de Cotizantes	1
Nombre de Planilla	Planilla Periodo 201111				
Periodo Cotización Pensión	11/2011	Periodo Cotización Salud		11/2011	
Fecha de Pago	18/11/2011	Hora Pago		00:00:00	
Monto de pago	153,900	CUN		1467247001	
Banco	BANCO COMERCIAL AVVILLAS S.A.			Estado de pago	Exitoso
Descripción	Pago de Seguridad Social y Parafiscales				

DATOS PLANILLA DETALLE

CUE	Código	Entidad Destinataria	No. de Días	Valor a Pagar
8002514406	EPS005	E.P.S. SANITAS S.A.	1	67,500
8002179406	211091	APF OBLIGATORIAS COLPENSIONES	1	86,400

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Noviembre 15 de 2011 CRP. No. **4211**

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2011 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 2088

LA SUMA INICIAL DE : 605.000.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 605.000.000.00
SEISCIENTOS CINCO MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: CONTRATACION ASISTENCIAL NOV 16-30/11
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: 2011/-30/11
A NOMBRE DE: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIV**
C.C. o NIT : **800196433**
OBJETO : HOSPITAL SIMON BOLIVAR DP 2086

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 15 DIAS DEL MES DE Noviembre DE 2011.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

195 Asis

ADICION No. 1 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS No 4298 – 2011 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Entre los suscritos a saber: **CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con Cédula de Ciudadanía No **79330123** de Bogota, nombrado mediante Resolución No. 0053 de fecha 9 de Febrero de 2010, posesionado el día 10 de Febrero de 2010, bajo el Acta N° 1899, en ejercicio del Cargo de Subgerente Cientifico del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoria especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos0 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de recursos humanos, cuyo objeto con apoyo de servicios técnico y profesionales que no superen los setenta y cinco (75) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por el Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0050 de fecha 01 de febrero del 2010, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ,** Identificado con la Cedula de Ciudadanía No. **52874854**, hemos acordado celebrar la presente adición a la orden de suministro de servicios No. 4298 - 2011, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N° 4298 - 2011 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como **AUXILIAR ENFERMERIA** en el área ASISTENCIAL, del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato. **3-)** Que el Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato en **La Suma de CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE. ($493.055) SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No **2088** del 15/11/2011 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del HOSPITAL SIMON BOLIVAR. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma en Bogotá D.C. EL 15 DE NOVIEMBRE DE 2011

EL HOSPITAL

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO

Subgerente Cientifico

Proyectó: Diego Suárez – Jahir Parada
Revisó: Mónica
Aprobó JEAG

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ 52874854

BOG BOGOTÁ POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Noviembre 15 de 2011 CDP. No. 208

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : .00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1.714.743.503.00
SALDO DE APROPIACION : 1.714.743.503.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: LUIS GUILLERMO CANTOR WILCHES.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
CONTRATACION ASISTENCIAL NOV 16-30/11

POR UN VALOR INICIAL DE : 605.000.000.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 605.000.000.00
SEISCIENTOS CINCO MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: .00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 1.109.743.503.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (47) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Noviembre 01 de 2011 CRP. No. **4167**

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2011 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 2052

LA SUMA INICIAL DE : 605.000.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 605.000.000.00
SEISCIENTOS CINCO MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: CONTRATACION ASISTENCIAL 1-15 NOVIEMBRE/2011
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: XI 1-15/11
A NOMBRE DE: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIV**
C.C. o NIT : **800196433**
OBJETO : HOSPITAL SIMON BOLIVAR DP 2052

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Noviembre DE 2011.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº 4298 - 2011 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Entre los suscritos a saber, **CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con Cédula de Ciudadanía No 79330123 de Bogota, nombrado mediante Resolución No. 0053 de fecha 9 de Febrero de 2010, posesionado el día 10 de Febrero de 2010, bajo el Acta Nº 1899, en ejercicio del Cargo de Subgerente Científico del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de recursos humanos, cuyo objeto con apoyo de servicios técnico y profesionales que no superen los setenta y cinco (75) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por el Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E**, según resolución No.0050 de fecha 01 de febrero del 2010, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra, **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cedula de ciudadanía numero **52874854** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominara EL PROVEEDOR DE SERVICIOS hemos convenido celebrar la presente Orden de Suministro de Servicios Personales de carácter privado, que se rige por lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil y en especial por las cláusulas que continuación se establecen, previa las siguientes consideraciones **1)** El Hospital Simón Bolivar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar el suministro de servicios personales de apoyo a la gestión en el área Financiera y/o Comercial del Hospital, que no es posible atender con el personal de planta. **2)** Las partes de común acuerdo pactan forma contractual escogida y tienen plena conciencia de la naturaleza del vinculo acordado, y la finalidad con la que se acude a la misma. **3)** Existe disponibilidad presupuestal para contratar los servicios requeridos, por lo anterior las partes acuerdan: **PRIMERA. Objeto:** Suministro de Servicios Personales de Apoyo a la Gestión como **AUXILIAR ENFERMERIA,** en el área ASISTENCIAL del Hospital Simón Bolivar . **SEGUNDA. Obligaciones del CONTRATISTA:** para el desarrollo de las actividades contractuales EL PROVEEDOR DE SERVICIOS deberá: **A)** Realizar personalmente las actividades que de el se deriven **B).** Actuar con suma diligencia, responsabilidad e idoneidad en la ejecución de las actividades contratadas. **C).** Suscribir el acta de inicio, así como también el acta de liquidación contractual, dentro del termino legal indicado para tal efecto. **D)** Programar, ejecutar, supervisar, controlar y evaluar las acciones de enfermería participar en la revista medica y de enfermería.,entregar aplicación de métodos y procedimientos de enfermería a los usuarios. y las demás que se requieran para la correcta ejecución del objeto del contrato **E)** Realizar su actividad de manera **transitoria** e **independiente**, esto es sin subordinación o dependencia respecto del **HOSPITAL**, utilizando los recursos propios, salvo cuando las actividades a desarrollar requieran el uso de tecnología biomédica u otros recursos científicos, según el caso **F) El PROVEEDOR DE SERVICIOS** se obliga a aportar a la presente orden los documentos que demuestren la idoneidad para la ejecución del objeto de la orden y manifiesta bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma de la presente orden que cumple con este requisito **G)** Cumplir con la normatividad vigente en gestión ambiental y demás que tenga relación con la ejecución del objeto de la presente orden **H)** Participar en las actividades que le sean asignadas para la implementación y el adecuado funcionamiento de la norma técnica de la gestión pública SOGCS en sus 4 componentes. Habilitación, Acreditación, Pamec, Sistema de información Calidad **I)** Abstenerse de ingresar y usar cámaras fotográficas, video cámaras o cualquier otro medio de reproducción de imágenes, dentro de las instalaciones del Hospital **J)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento los equipos de su especialidad o bienes e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del acto **K)** Hacer la respectiva entrega de las actividades e implementos asignados en el momento de la terminación de esta orden **L)** Conocer, divulgar y aplicar la política ambiental de seguridad y salud ocupacional establecida por el Hospital Simón Bolivar, ejecutar sus actividades y servicios sin crear riesgos para la salud, la seguridad o el ambiente **M)** Tomar todas las medidas conducentes para evitar la contaminación ambiental, prevenir los riesgos durante la ejecución de sus actividades contractuales, y cumplir las leyes ambientales de seguridad y salud ocupacional vigente **N)** No dejar sustancias o materiales nocivos para la flora, fauna o salud humana, ni contaminar la atmósfera, el suelo o los cuerpos de agua. El desacato a esta obligación será causal para no certificar la correcta ejecución de la orden, sin que por esto medie indemnización alguna por parte del Hospital y bajo ninguna circunstancia se procederá a la autorización del pago. **O)** Cumplir como contratista independiente con las obligaciones de seguridad social contenidas en las normas legales vigentes **P)** Portar el carné que lo identifica como proveedor de servicios del Hospital en lugar visible. **Q).** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión de calidad y ambiental, Códigos de Buen Gobierno y Ética de la Entidad **R).** Cumplir a cabalidad la normatividad vigente que regula su profesión. **S).** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **T)** El proveedor de servicios se compromete a cobrar oportunamente, los honorarios que se generen en ejecución de la orden de suministro de servicios. Si pasados Seis (6) meses no se ha solicitado el pago de los honorarios, el proveedor de servicios autoriza expresamente con la suscripción de esta orden el reintegro de estas sumas al presupuesto del Hospital, y por consiguiente la donación de los mismos. **U)** Recibir, custodiar y cuidar los bienes y o elementos que la entidad le proporciona para el desempeño de sus actividades. **PARAGRAFO PRIMERO:** El proveedor de servicios al suscribir esta orden deberá presentar los soportes de pago al Fondo de Pensiones, y Entidad Promotora de Salud. **PARÁGRAFO SEGUNDO:-** El proveedor de servicios autoriza al Hospital a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y EPS. **PARÁGRAFO TERCERO:-** Las partes de común acuerdo manifiestan que el proveedor de servicios estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **TERCERA. Valor del contrato:** para todos los efectos legales, el valor total de la presente orden es **La Suma de CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE. ($493.055) CUARTA. Forma de pago:** El Hospital se compromete para con EL PROVEEDOR DE SERVICIOS a pagar el valor de los honorarios señalados en la cláusula anterior, en mensualidades vencidas o por fraccionamiento de tiempo cuando se requiera y de conformidad a los valores estipulados en la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el encargado del control de la ejecución de la presente orden. **PARÁGRAFO PRIMERO:** para los pagos se requiere la presentación del informe de actividades, certificación de cumplimiento expedida por la supervisión y pagos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones en los términos y porcentajes contenidos en las normas vigentes sobre la materia. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La consignación de los honorarios se realizara en una cuenta del banco DAVIVIENDA para lo cual EL PROVEEDOR DE SERVICIOS se obliga a abrir una cuenta a su nombre en el mencionado banco, si a la fecha no la posee. **PARÁGRAFO TERCERO:** Los valores enunciados en la presente cláusula serán cancelados por el Hospital al PROVEEDOR DE SERVICIOS previa presentación de su informe de actividades siempre que el mismo y sus anexos se encuentren en debida forma **QUINTA .Imputación presupuestal:** La erogación que se cause con el presente compromiso contractual se hará con cargo al presupuesto de la Entidad de la actual vigencia fiscal, de conformidad con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No : 2052 del 01/11/2011 **SEXTA. Gastos de transporte y viaje:** Cuando para el cumplimiento del objeto contractual se haga necesario el desplazamiento del PROVEEDOR DE SERVICIOS a sitios diferentes de la ciudad de Bogota el Hospital suministrara los gastos de transporte e igualmente suministrara los gastos de viaje de acuerdo con la escala de viáticos establecida por la entidad para los funcionarios públicos, a los cuales les serán aplicables los descuentos y retenciones de la ley **SÉPTIMA Plazo de ejecución vigencia:** El término de ejecución de la presente orden será del 01/11/2011 al 30/11/2011 El término de duración de la presente orden será igual al plazo de la ejecución y cuatro (4) meses más. **PARÁGRAFO**: Una vez ejecutado el objeto de la orden, el Hospital cuenta con cuatro meses para realizar la liquidación, termino dentro del cual, si no existen

ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº 4298 - 2011 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

obligaciones entre las partes, se entenderá liquidado automáticamente. **OCTAVA. Suspensión:** El termino de ejecución del contrato podrá suspenderse en los siguientes eventos: **a)** por circunstancias de fuerza mayor que impidan su ejecución **b)** por mutuo acuerdo entre las partes. Y el termino de esta no se computara para efecto de los plazos del contrato. **NOVENA. Terminación Anticipada** El presente contrato podrá darse por terminado de manera anticipada en los siguientes casos **a)** por mutuo acuerdo entre las partes **b)** por fuerza mayor o caso fortuito que haga imposible continuar con su ejecución **c)** las demás contenidas en la ley. **PARÁGRAFO** La terminación anticipada se hará constar en acta suscrita por las partes y en consecuencia inmediatamente deberá liquidarse el contrato. **DECIMA. Cláusula Penal Pecuniaria:** En caso de incumplimiento parcial o total de cualquiera de las obligaciones a cargo del PROVEEDOR DE SERVICIOS este deberá pagar a favor del Hospital el diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en calidad de cláusula penal pecuniaria, la cual será impuesta por el HOSPITAL mediante resolución motivada. Este valor será descontado del saldo a favor del PROVEEDOR DE SERVICIOS si lo hubiere o hacerse efectiva a través de la garantía única de cumplimiento si hay lugar a ello. **DECIMA PRIMERA Multas:** en caso de mora o retardo en el cumplimiento de las obligaciones por parte del PROVEEDOR DE SERVICIOS el HOSPITAL mediante acto administrativo motivado, impondrá multas sucesivas del 1% del valor mensualizado del contrato por cada dia de retardo, las cuales pondrán ser descontadas de los saldos a favor del PROVEEDOR DE SERVICIOS o hacerse efectivas a través de la garantía única de cumplimiento. **DECIMA SEGUNDA Clausulas Excepcionales:** El HOSPITAL podrá declarar la caducidad de la orden si se dan las situaciones previstas en el articulo 18 de la ley 80 de 1993. Así mismo el HOSPITAL podrá interpretar, modificar o terminar unilateralmente el contrato si se dan las circunstancias previstas en los articulos 15, 16 y 17 de la misma ley **DECIMA TERCERA. Cláusula de confidencialidad de la información:** EL PROVEEDOR DE SERVICIOS se compromete a guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y / o utilización indebida por si o por un tercero, cause a la administración o a terceros **DECIMA CUARTA. Exclusión de la relación laboral:** La presente orden de conformidad con lo establecido en el articulo 968 del Código de Comercio no genera relación laboral alguna con el proveedor de servicios, por lo tanto el PROVEEDOR DE SERVICIOS solo tendrá derecho a la cancelación de los valores pactados en la cláusula tercera del mismo **DECIMA QUINTA Cesión:** El proveedor de servicios no podrá ceder en todo o en parte a persona natural o jurídica alguna, los derechos y obligaciones que surjan en esta orden, sin la autorización previa, expresa y escrita del HOSPITAL. **DECIMA SEXTA. Supervisión:** La supervisión en la ejecución del presente orden estará a cargo del **Subgerente Cientifico** o la persona que se designe para tal efecto, quien ejercerá en nombre del HOSPITAL la vigilancia , según lo previsto en las normas legales, en especial en el manual de contratación de la Entidad **DECIMA SEPTIMA Inhabilidades e incompatibilidades:** EL PROVEEDOR DE SERVICIOS afirma bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma de este documento, no encontrarse incurso en ninguna de las causales de incompatibilidad e inhabilidad de las establecidas en la constitución y la Ley. **DÉCIMA OCTAVA. Régimen legal aplicable:** Esta orden se regirá por las cláusulas en él establecidas y que se rige por lo señalado en el numeral 6º del articulo 195 de la ley 100 de 1993, articulo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **DECIMA NOVENA. Documentos:** forman parte integrante de esta orden los siguientes documentos: 1) solicitud de contratación 2) Certificado de Disponibilidad Presupuestal 3) Hoja de Vida con sus respectivos soportes. 4) Documentos que acreditan la afiliación al régimen de seguridad social en salud y pensión. 5) certificados de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. 6) todos los demas documentos que durante el desarrollo de la presente orden se generen y alleguen al mismo **VIGÉSIMA. Domicilio:** Para todos los efectos legales, las partes fijan como domicilio contractual la ciudad de Bogota D.C, donde para constancia se firma EL 01 DE NOVIEMBRE DE 2011.

EL HOSPITAL

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO
Subgerente Cientifico
Elaboro Diego Suárez
Revisó Profesional Especializado Grupo Funcional de Contratación
Aprobo Subgerente Administrativo

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
Proveedor de Servicios
Diana Guzman
52874854.

Consejo Nuevo # 502

HOSPITAL SIMON BOLIVAR Pag. 1 de 2

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Noviembre 01 de 2011 CDP. No. 205

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : .00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 605.287.994.00
SALDO DE APROPIACION : 605.287.994.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: LUIS GUILLERMO CANTOR WILCHES.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
CONTRATACION ASISTENCIAL 1-15 NOVIEMBRE/2011

POR UN VALOR INICIAL DE : 605.000.000.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 605.000.000.00
SEISCIENTOS CINCO MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: .00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 287.994.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (61) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	SUPERVISIÓN CONTRATISTA	Página: 1 de 1
		Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854, cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 3990, durante el período del día 10/1/2011 AL 10/31/2011

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ F.
SUB GERENTE CIENTIFICO

-50-

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Página 1 de 1
		Código FO-295-008
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACIÓN	Versión 0

El suscrito contratista Diana Guzmán Gutierrez

Identificado con cedula de ciudadanía 52874854

Certifico que realicé las siguientes actividades :

Rcabo, ola turno
abmnistra-ción da Liquidos eliminado y abministrado
canalizacion
transfucionas.
Baño al paciante en cama y en ducha
Curacionas
arreglo da Unidad
cambios da posisionas
lubricacion de Piel a los pacientes
Cateterismos vesicales.
Pasos de sonda nasical
entrega ola Paciente

Del octubre 1 al 31 octubre Noviembre del mes, 10 - 11 del año 2017
Mediante orden de suministro de servicios No. 3990.

Diana Guzmán
52-874-854.
Firma

Vo.Bo. Supervisor O.S.S

5.26-76.63

Bogotá 24 octubre 2017

Señores
HOSPITAL SIMON BOLIVAR
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION

Yo Diana Guzmán Gutiarrez identificado con la C.C.No. 52874854

Solicito se me aplique la reducción en la base de retención en la fuente, por el pago a aportes de seguridad social del contrato vigente No. , para ello anexo copia del pago del presente mes.

De igual manera expreso que bajo la gravedad del juramento no solicitare dicha reducción en otra entidad.

Atentamente. Diana Guzmán.

Firma: Diana Guzmán
Nombre: 52.874.854.

RECIBO DE PAGO - PAS

Colaboración

No. DE AFILIADOS 1 | PERÍODO DE PAGO SALUD 11 10 | PENSIÓN 11 10

APORTANTE DIANA PATRICIA GUZMAN GUTIERREZ

DETALLE DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

SUBSISTEMAS	SALUD	PENSIÓN	ARP	CCF
DÍAS COTIZADOS	30	30	0	0
VALOR BASE DE COTIZACIÓN	$ 516.000	$ 516.000	$	$
APORTE OBLIGATORIO	$ 67.000	$ 85.800	$	$
ASE COTIZACIÓN	$	$		
ISL COTIZACIÓN	$	$		
SE COTIZACIÓN	$	$		
SE COTIZACIÓN	$	$		
SE COTIZACIÓN	$	$		
TOTAL	$ 67.000	$ 85.800	$ 0	$

TOTAL VALOR A PAGAR

152.800

ORTANTE: Una vez realizado el pago se hará efectivo al siguiente día hábil. Recuerde er y verificar la información contenida en el presente documento; si encuentra alguna sistencia, acérquese nuevamente al punto de atención de SIMPLE para que se realice la cción antes de efectuar el pago.

CONTRATO DE APERTURA

Oficina	Ciudad	Fecha	Naturaleza
4507	BOGOTA	2011/08/17	NATURAL

Apellidos y Nombres / Razón Social	Clase de Firmante	No. Identificación	Tipo ID	Tipo Aut.	Vigencia	Novedad
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	T	52874854	1			A

Condiciones de Manejo

Clase de Sello

Cuenta Empleador	Tipo de Manejo	Tipo de producto	Número de producto
4507 0000 6866	Individual	Cta. Ahorros DAMAS	00045070006215[illegible]

Medios Entregados

Talonario / Chequera	SI	NO X
Tarjeta Débito	SI	NO X
Asigne la clave de mi tarjeta davilinea	SI	NO X
Asigne mi segunda clave	SI	NO

Declaro que se me informó y capacitó acerca de las medidas de seguridad que debo tener para la realización de operaciones por cada canal, así como los procedimientos para el bloqueo, inactivación, reactivación y cancelación de los productos, reglamentos y servicios ofrecidos por el Banco. Para obtener mas información puedo acercarme a cualquier oficina del Banco DAVIVIENDA o consultar en www.davivienda.com. Declaro con mi firma haber conocido el contenido del (los) contrato(s) y reglamento(s) del (los) producto (s), y haber comprendido y aceptado sus términos y condiciones. Además, he sido informado que el (los) mismo (s) ha(n) sido puesto(s) a mi disposición en www.davivienda. com o por cualquier medio establecido por Davivienda.

Firma(s), sellos y Huellas del (los) titulares / Autorizados

Firma del Titular (Si tiene Autorizado) ó Representante Legal	Firma y C.C. ó Sello
Firma y C.C. ó Sello	Firma y C.C. ó Sello

Declaro que el documento de identificación de (los) titulares de este producto es el que aparece en el campo Número de Identificación

4AA JUAN CARLOS CRISTANCHO CHARRY

Usuario

NOTA: Si dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al diligenciamiento de este formato desea llevar a cabo alguna transacción sobre los recursos depositados solo podrá hacerlo en la oficina de radicación del producto.

COLSUBSIDIO
ROMA

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE CONVENIO: PLANILLA SIMPLE RECAU
CODIGO : 20596
FORMULA : 8832570957

Código	Descripción	Cant	Valor
593927	RECAUDO PLA	1	152800
			152800

DOCUMENTO
1110100011454999
CONSECUTIVO: 001

OCT 10, 11 14:49

10/11 14:50 4500 11 0128 10169193
(COPIA CLIENTE)

ónicos

RECIBO DE PAGO - PAS

Colsubsidio · CAFAM · Comfandi · Famisanar · Compensar

PLANILLA	13257095	No. DE AFILIADOS	1	PERÍODO DE PAGO SALUD	11	10	PENSIÓN	11	10

APORTANTE	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ

DETALLE DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

COT	NOVEDADES					SALUD APORTE		PENSIÓN APORTE		ARP APORTE		CAJA APORTE	
3						SANITAS	67.000	COLFONDOS	85.800	---	0	---	
	DÍAS	BASE COTIZACIÓN				30	536.000	30	536.000	0	0	0	
	DÍAS	BASE COTIZACIÓN											
	DÍAS	BASE COTIZACIÓN											
	DÍAS	BASE COTIZACIÓN											
	DÍAS	BASE COTIZACIÓN											
						$	67.000	$	85.800	$	0	$	0

TOTAL ICBF	$	0
TOTAL SENA	$	0
TOTAL A PAGAR APORTES	$	152.800
DÍAS DE MORA		0
VALOR DE LA MORA	$	0

TOTAL VALOR A PAGAR
$ 152.800

ESPACIO PARA TIMBRE
ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO SIN EL TIMBRE DE LA CAJA REGISTRADORA

FECHA LÍMITE DE PAGO: 11/10/2011

IMPORTANTE: Una vez realizado el pago se hará efectivo al siguiente día hábil. Recuerde revisar y verificar la información contenida en el presente documento; si encuentra alguna inconsistencia, acérquese nuevamente al punto de atención de SIMPLE para que se realice la corrección antes de efectuar el pago.

10/11/11 14:50 4500 11 0128 10169193

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 30 de 2011 CRP. No. **4033**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2011 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

CODIGO RUBRO.....: 1141111432103000000000105001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210305
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1849

LA SUMA INICIAL DE : **1.057.000.000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1.057.000.000.00**
UN MIL CINCUENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: CONTRATACION ASISTENCIAL OCTUBRE/2011
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: X/11
A NOMBRE DE: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIV**
C.C. o NIT : **800196433**
OBJETO : HOSPITAL SIMON BOLIVAR DP 1849

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 30 DIAS DEL MES DE Septiembre DE 2011.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ORIGINAL Fec-Imp: 2011/10/06 Hor-Imp: 11:14:21 Usu-Imp: admpre Ter: tSb AAAA/MM: 2011-09 Dep: TOSA cpcre 4.1.7

21

197 Firmas
Contratista

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

197.Asis

ADICIÓN Y PRÓRROGA No. 02 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS No 3990 – 2011 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Entre los suscritos a saber **CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con Cédula de Ciudadanía No 79330123 de Bogota, nombrado mediante Resolución No. 0053 de fecha 9 de Febrero de 2010, posesionado el día 10 de Febrero de 2010, bajo el Acta N° 1899, en ejercicio del Cargo de Subgerente Cientifico del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de recursos humanos, cuyo objeto con apoyo de servicios técnico y profesionales que no superen los setenta y cinco (75) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por el Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0050 de fecha 01 de febrero del 2010, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ,** Identificado con la Cedula de Ciudadanía No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente adición y prórroga a la orden de suministro de servicios No 3990 -2011, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N° 3990 -2011 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como **AUXILIAR ENFERMERIA** en el área **ASISTENCIAL** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato. **3-)** Que el Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición y Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato en **La Suma de NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS M/CTE. ($986.109) SEGUNDA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato hasta el 31 de Octubre de 2011. **TERCERA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No **1849** del 30/09/2011 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma en Bogotá D.C. el 30 de Septiembre del 2011

EL HOSPITAL

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO
Subgerente Científico

Proyectó: Jahir Parada
Revisó: Mónica
Aprobó: JEAG

EL CONTRATISTA

Diana Mireya Guzman 52874 834
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 30 de 2011 CDP. No. **184**

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : .00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1.087.108.981.00
SALDO DE APROPIACION : 1.087.108.981.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: LUIS GUILLERMO CANTOR WILCHES.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
CONATRATACION ASISTENCIAL OCTUBRE/2011

POR UN VALOR INICIAL DE : **1.087.000.000.00**
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1.087.000.000.00**
UN MIL OCHENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: .00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 108.981.00

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

YO Diana Guzman, IDENTIFICADA(O) CON CC Nº 52874852 DE _____, PERTENECIENTE AL REGIMEN **SIMPLIFICADO** DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS, **CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO,** , QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DE ESTA CERTIFICACION, QUE EN LA ACTUALIDAD ESTOY EJECUTANDO LOS SIGUIENTES CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LOS CUALES **NO** EXCEDEN LAS 300 UVT MENSUALES.

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR** CON NIT **8001964339**

DESDE 1-10- HASTA 31-10 POR UN VALOR DE 986.109

2. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ CON NIT _____,
DESDE_____ HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

3. NOMBRE DE LA ENTIDAD:_____ NIT _____,
DESDE_____HASTA_____ POR UN VALOR DE _____

ANTERIOR CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO PRIMERO DEL DECRETO Nº 3590 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2011.

FIRMA _____

CEDULA 52874854.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	SUPERVISIÓN CONTRATISTA	Página: 1 de 1
		Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854, cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 3990, durante el período del día 9/1/2011 AL 9/30/2011

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ F.
SUB GERENTE CIENTIFICO

41

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Página 1 de 1
		Código: FO-295-008
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACION	Versión: 5

El suscrito contratista Diana Mireya Guzman Gutierrez

Identificado con cedula de ciudadanía 52 874 854

Certifico que realicé las siguientes actividades :

Recibir turno, baño de paciente, curaciones, arreglo de unidad, canalizacion, Protocolos, cambio de posicion del Paciente, transfuciones, catatarismos yugulares, paso de sondas vesicales con fistoflo, entrega de paciente.

Del 09. al 30 del mes, 09. del año 11

Mediante orden de suministro de servicios No. 3990

Diana G.

Firma

Vo.Bo. Supervisor O.S.S

40

Bogotá 15-09-11

Señores
HOSPITAL SIMON BOLIVAR
GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION

Yo. Diana Guzman identificado con la C.C.No. 52-874854

Solicito se me aplique la reducción en la base de retención en la fuente, por el pago a aportes de seguridad social del contrato vigente No. , para ello anexo copia del pago del presente mes.

De igual manera expreso que bajo la gravedad del juramento no solicitare dicha reducción en otra entidad.

Atentamente. Diana Guzman

Firma:
Nombre:

SIMPLE S.A.®
Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos

RECIBO DE PAGO - PAS

Colsubsidio · CAFAM · Comfandi · Famisanar · Procesos & Canje

No. REFERENCIA	8832570681	No. PLANILLA	13257068	No. DE AFILIADOS	1	PERÍODO DE PAGO SALUD	11	09	PENSIÓN	11	09
NIT / CÉDULA	52874854	APORTANTE	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ								

DETALLE DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	COT	NOVEDADES	SALUD	APORTE	PENSIÓN	APORTE	ARP	APORTE	CAJA	APORTE
CC 52874854	DIANA GUZMAN	3		SANITAS	67.000	COLFONDOS	85.800	--	0	--	0
			DÍAS BASE COTIZACIÓN	30	536.000	30	536.000	0	0	0	0
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
TOTALES				$	67.000	$	85.800	$	0	$	

TOTAL ICBF	$	0
TOTAL SENA	$	0
TOTAL A PAGAR APORTES	$	152.800
DÍAS DE MORA		1
VALOR DE LA MORA	$	100

FECHA LÍMITE DE PAGO: 12/09/2011

TOTAL VALOR A PAGAR

$ 152.900

ESPACIO PARA TIMBRE

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO SIN EL TIMBRE DE LA CAJA REGISTRADORA

IMPORTANTE: Una vez realizado el pago se hará efectivo al siguiente día hábil. Recuerde revisar y verificar la información contenida en el presente documento; si encuentra alguna inconsistencia, acérquese nuevamente al punto de atención de SIMPLE para que se realice la corrección antes de efectuar el pago.

7711711 12107 4500 10 0142 39747 65

 38

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Agosto 31 de 2011 CRP. No. **3844**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2011 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1682

LA SUMA INICIAL DE : **1,210,000,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1,210,000,000.00**
UN MIL DOSCIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: CONTRATACION PERSONAL ASISTENCIAL SEPTIEMBRE/20
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: IX 2011
A NOMBRE DE: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIV**
C.C. o NIT : **800196433**
OBJETO : HOSPITAL SIMON BOLIVAR DP 1682

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 31 DIAS DEL MES DE Agosto DE 2011.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

153.Asis

ADICIÓN Y PRÓRROGA No. 01 A LA ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS No 3990 – 2011 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Entre los suscritos a saber **CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con Cédula de Ciudadanía No 79330123 de Bogota, nombrado mediante Resolución No. 0053 de fecha 9 de Febrero de 2010, posesionado el día 10 de Febrero de 2010, bajo el Acta Nº 1899, en ejercicio del Cargo de Subgerente Cientifico del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de recursos humanos, cuyo objeto con apoyo de servicios técnico y profesionales que no superen los setenta y cinco (75) salarios minimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por el Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0050 de fecha 01 de febrero del 2010, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ,** Identificado con la Cedula de Ciudadanía No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente adición y prórroga a la orden de suministro de servicios No 3990 -2011, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró la orden de suministro de servicios N° 3990 -2011 cuyo objeto es apoyar la realización de actividades como **AUXILIAR ENFERMERIA** en el área **ASISTENCIAL** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2004 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato. **3-)** Que el Gerente dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición y Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato en **La Suma de NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS M/CTE. ($986.109) SEGUNDA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato hasta el 30 de Septiembre de 2011. **TERCERA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No **1680** del 31/08/2011 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma en Bogotá D.C. el 31 de Agosto del 2011

EL HOSPITAL

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO
Subgerente Cientifico

Proyectó: Fabián Chaparro
Revisó: Mónica
Aprobó: JEAG

EL CONTRATISTA

Diana Guzman.
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

BOG BOGOTÁ POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Agosto 31 de 2011 CDP. No. **1682**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : T05A JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : .00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 2,200,054,661.00
SALDO DE APROPIACION : 2,200,054,661.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: LUIS GUILLERMO CANTOR WILCHES.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
CONTRATACION PERSONAL ASISTENCIAL SEPTIEMBRE/2011

POR UN VALOR INICIAL DE : **1,210,000,000.00**
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1,210,000,000.00**
UN MIL DOSCIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: .00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 990,054,661.00

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	SUPERVISIÓN CONTRATISTA	Página: 1 de 1
		Código: FO- 295-010
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

EL SUSCRITO LIDER DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a), doctor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874854, cumplió a cabalidad con las actividades estipuladas en el objeto de la orden de suministro de servicios No 3990, durante el período del día 8/17/2011 AL 8/31/2011

Observaciones en la ejecución de las actividades:

AMPARO SOTO GAMEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (E)

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ F.
SUB GERENTE CIENTIFICO

"Nueva" 34

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Página 1 de 1
		Código FO-295-068
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACIÓN	Versión 0

El suscrito contratista Diana Mirayra Guzman Gutierrez

Identificado con cedula de ciudadanía 52.874.854

Certifico que realicé las siguientes actividades : QX.

Recibo x entraga de pacientes, control x Registro de signos vitales, arreglo de unidad, canalizacion cambio de posicion a paciente baños en cama y en ducha control de liquidos, vanopunciones, Control de vanopunciones, curaciones

Del 17 al 31 del mes, Agosto del año 2014

Mediante orden de suministro de servicios No. 3990

Diana Guzman
52.874.854
Firma

Vo.Bo. Supervisor O.S.S

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Hospital Simón Bolívar

ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº 3990 - 2011 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Entre los suscritos a saber, **CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con Cédula de Ciudadanía No 79330123 de Bogota, nombrado mediante Resolución No. 0053 de fecha 9 de Febrero de 2010, posesionado el dia 10 de Febrero de 2010, bajo el Acta Nº 1899, en ejercicio del Cargo de Subgerente Cientifico del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoria especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personeria Juridica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Articulos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de recursos humanos, cuyo objeto con apoyo de servicios técnico y profesionales que no superen los setenta y cinco (75) salarios minimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por el Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E**, según resolución No.0050 de fecha 01 de febrero del 2010, quien para efectos de la orden de suministro de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra, **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cedula de ciudadanía numero **52874854** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominara EL PROVEEDOR DE SERVICIOS hemos convenido celebrar la presente Orden de Suministro de Servicios Personales de carácter privado, que se rige por lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil y en especial por las cláusulas que continuación se establecen, previa las siguientes consideraciones 1) El Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar el suministro de servicios personales de apoyo a la gestión en el área Financiera y/o Comercial del Hospital, que no es posible atender con el personal de planta. 2) Las partes de común acuerdo pactan forma contractual escogida y tienen plena conciencia de la naturaleza del vinculo acordado, y la finalidad con la que se acude a la misma. 3) Existe disponibilidad presupuestal para contratar los servicios requeridos, por lo anterior las partes acuerdan: **PRIMERA. Objeto:** Suministro de Servicios Personales de Apoyo a la Gestión como **AUXILIAR ENFERMERIA**, en el área ASISTENCIAL del Hospital Simón Bolívar . **SEGUNDA. Obligaciones del CONTRATISTA:** para el desarrollo de las actividades contractuales EL PROVEEDOR DE SERVICIOS deberá: A) Realizar personalmente las actividades que de el se deriven B). Actuar con suma diligencia, responsabilidad e idoneidad en la ejecución de las actividades contratadas. C). Suscribir el acta de inicio, así como también el acta de liquidación contractual, dentro del termino legal indicado para tal efecto. D) Programar, ejecutar, supervisar, controlar y evaluar las acciones de enfermeria participar en la revista medica y de enfermería.,entregar aplicación de métodos y procedimientos de enfermeria a los usuarios. y las demás que se requieran para la correcta ejecución del objeto del contrato E) Realizar su actividad de manera **transitoria** e **independiente**, esto es sin subordinación o dependencia respecto del **HOSPITAL**, utilizando los recursos propios, salvo cuando las actividades a desarrollar requieran el uso de tecnología biomédica u otros recursos científicos, según el caso **F) El PROVEEDOR DE SERVICIOS** se obliga a aportar a la presente orden los documentos que demuestren la idoneidad para la ejecución del objeto de la orden y manifiesta bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma de la presente orden que cumple con este requisito **G)** Cumplir con la normatividad vigente en gestión ambiental y demás que tenga relación con la ejecución del objeto de la presente orden **H)** Participar en las actividades que le sean asignadas para la implementación y el adecuado funcionamiento de la norma técnica de la gestión pública SOGCS en sus 4 componentes. Habilitación, Acreditación, Pamec, Sistema de Información Calidad I) Abstenerse de ingresar y usar cámaras fotográficas, video cámaras o cualquier otro medio de reproducción de imágenes, dentro de las instalaciones del Hospital **J)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento los equipos de su especialidad o bienes e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del acto **K)** Hacer la respectiva entrega de las actividades e implementos asignados en el momento de la terminación de esta orden L) Conocer, divulgar y aplicar la política ambiental de seguridad y salud ocupacional establecida por el Hospital Simón Bolívar, ejecutar sus actividades y servicios sin crear riesgos para la salud, la seguridad o el ambiente **M)** Tomar todas las medidas conducentes para evitar la contaminación ambiental, prevenir los riesgos durante la ejecución de sus actividades contractuales, y cumplir las leyes ambientales de seguridad y salud ocupacional vigente **N)** No dejar sustancias o materiales nocivos para la flora, fauna o salud humana, ni contaminar la atmósfera, el suelo o los cuerpos de agua. El desacato a esta obligación será causal para no certificar la correcta ejecución de la orden, sin que por esto medie indemnización alguna por parte del Hospital y bajo ninguna circunstancia se procederá a la autorización del pago. **O)** Cumplir como contratista independiente con las obligaciones de seguridad social contenidas en las normas legales vigentes P) Portar el camé que lo identifica como proveedor de servicios del Hospital en lugar visible. **Q).** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión de calidad y ambiental, Códigos de Buen Gobierno y Ética de la Entidad **R).** Cumplir a cabalidad la normatividad vigente que regula su profesión. **S).** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **T)** El proveedor de servicios se compromete a cobrar oportunamente, los honorarios que se generen en ejecución de la orden de suministro de servicios. Si pasados Seis (6) meses no se ha solicitado el pago de los honorarios, el proveedor de servicios autoriza expresamente con la suscripción de esta orden el reintegro de estas sumas al presupuesto del Hospital, y por consiguiente la donación de los mismos. **U)** Recibir, custodiar y cuidar los bienes y o elementos que la entidad le proporciona para el desempeño de sus actividades. **PARAGRAFO PRIMERO:** El proveedor de servicios al suscribir esta orden deberá presentar los soportes de pago al Fondo de Pensiones, y Entidad Promotora de Salud. **PARÁGRAFO SEGUNDO:-** El proveedor de servicios autoriza al Hospital a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y EPS. **PARÁGRAFO TERCERO:-** Las partes de común acuerdo manifiestan que el proveedor de servicios estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **TERCERA. Valor del contrato:** para todos los efectos legales, el valor total de la presente orden es La **Suma de CUATROCIENTOS SESENTA MIL CIENTO OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($460.184) CUARTA. Forma de** pago: El Hospital se compromete para con EL PROVEEDOR DE SERVICIOS a pagar el valor de los honorarios señalados en la cláusula anterior, en mensualidades vencidas **La Suma de NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS M/CTE. ($986.109)** o por fraccionamiento de tiempo cuando se requiera y de conformidad a los valores estipulados en la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el encargado del control de la ejecución de la presente orden. **PARÁGRAFO PRIMERO:** para los pagos se requiere la presentación del informe de actividades, certificación de cumplimiento expedida por la supervisión y pagos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones en los términos y porcentajes contenidos en las normas vigentes sobre la materia. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La consignación de los honorarios se realizara en una cuenta del banco DAVIVIENDA para lo cual EL PROVEEDOR DE SERVICIOS se obliga a abrir una cuenta a su nombre en el mencionado banco, si a la fecha no la posee. **PARÁGRAFO TERCERO:** Los valores enunciados en la presente cláusula serán cancelados por el Hospital al PROVEEDOR DE SERVICIOS previa presentación de su informe de actividades siempre que el mismo y sus anexos se encuentren en debida forma **QUINTA .Imputación presupuestal:** La erogación que se cause con el presente compromiso contractual se hará con cargo al presupuesto de la Entidad de la actual vigencia fiscal, de conformidad con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No : 1362 del 01/08/2011 **SEXTA. Gastos de transporte y viaje:** Cuando para el cumplimiento del objeto contractual se haga necesario el desplazamiento del PROVEEDOR DE SERVICIOS a sitios diferentes de la ciudad de Bogota el Hospital suministrara los gastos de transporte e igualmente suministrara los gastos de viaje de acuerdo con la escala de viáticos establecida por la entidad para los funcionarios públicos, a los cuales les serán aplicables los descuentos y retenciones de la ley **SÉPTIMA Plazo de ejecución vigencia:** El término de ejecución de la presente orden será del 17/08/2011 al 31/08/2011 El término de duración de la presente orden será igual al plazo de la ejecución y cuatro (4) meses mas. **PARÁGRAFO:** Una vez ejecutado el objeto de la orden, el Hospital cuenta con cuatro meses para realizar la liquidación, termino dentro del cual, si no existen obligaciones entre las partes, se entenderá

ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIOS Nº 3990 - 2011 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Y DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

liquidado automáticamente. **OCTAVA. Suspensión:** El termino de ejecución del contrato podrá suspenderse en los siguientes eventos: **a)** por circunstancias de fuerza mayor que impidan su ejecución **b)** por mutuo acuerdo entre las partes. Y el termino de esta no se computara para efecto de los plazos del contrato. **NOVENA. Terminación Anticipada** El presente contrato podrá darse por terminado de manera anticipada en los siguientes casos **a)** por mutuo acuerdo entre las partes **b)** por fuerza mayor o caso fortuito que haga imposible continuar con su ejecución **c)** las demás contenidas en la ley. **PARÁGRAFO** La terminación anticipada se hará constar en acta suscrita por las partes y en consecuencia inmediatamente deberá liquidarse el contrato. **DECIMA. Cláusula Penal Pecuniaria:** En caso de incumplimiento parcial o total de cualquiera de las obligaciones a cargo del PROVEEDOR DE SERVICIOS este deberá pagar a favor del Hospital el diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en calidad de cláusula penal pecuniaria, la cual será impuesta por el HOSPITAL mediante resolución motivada. Este valor será descontado del saldo a favor del PROVEEDOR DE SERVICIOS si lo hubiere o hacerse efectiva a través de la garantía única de cumplimiento si hay lugar a ello. **DECIMA PRIMERA Multas:** en caso de mora o retardo en el cumplimiento de las obligaciones por parte del PROVEEDOR DE SERVICIOS el HOSPITAL mediante acto administrativo motivado, impondrá multas sucesivas del 1% del valor mensualizado del contrato por cada dia de retardo, las cuales pondrán ser descontadas de los saldos a favor del PROVEEDOR DE SERVICIOS o hacerse efectivas a través de la garantía única de cumplimiento. **DECIMA SEGUNDA Cláusulas Excepcionales:** El HOSPITAL podrá declarar la caducidad de la orden si se dan las situaciones previstas en el articulo 18 de la ley 80 de 1993. Así mismo el HOSPITAL podrá interpretar, modificar o terminar unilateralmente el contrato si se dan las circunstancias previstas en los artículos 15, 16 y 17 de la misma ley **DECIMA TERCERA. Cláusula de confidencialidad de la información:** EL PROVEEDOR DE SERVICIOS se compromete a guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y / o utilización indebida por si o por un tercero, cause a la administración o a terceros **DECIMA CUARTA. Exclusión de la relación laboral:** La presente orden de conformidad con lo establecido en el articulo 968 del Código de Comercio no genera relación laboral alguna con el proveedor de servicios, por lo tanto el PROVEEDOR DE SERVICIOS solo tendrá derecho a la cancelación de los valores pactados en la cláusula tercera del mismo **DECIMA QUINTA Cesión:** El proveedor de servicios no podrá ceder en todo o en parte a persona natural o jurídica alguna, los derechos y obligaciones que surjan en esta orden, sin la autorización previa, expresa y escrita del HOSPITAL. **DECIMA SEXTA. Supervisión:** La supervisión en la ejecución del presente orden estará a cargo del **Subgerente Cientifico** o la persona que se designe para tal efecto, quien ejercerá en nombre del HOSPITAL la vigilancia , según lo previsto en las normas legales, en especial en el manual de contratación de la Entidad **DECIMA SEPTIMA Inhabilidades e incompatibilidades:** EL PROVEEDOR DE SERVICIOS afirma bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma de este documento, no encontrarse incurso en ninguna de las causales de incompatibilidad e inhabilidad de las establecidas en la constitución y la Ley. **DÉCIMA OCTAVA. Régimen legal aplicable:** Esta orden se regirá por las cláusulas en él establecidas y que se rige por lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, articulo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **DECIMA NOVENA. Documentos:** forman parte integrante de esta orden los siguientes documentos: 1) solicitud de contratación 2) Certificado de Disponibilidad Presupuestal 3) Hoja de Vida con sus respectivos soportes. 4) Documentos que acreditan la afiliación al régimen de seguridad social en salud y pensión. 5) certificados de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. 6) todos los demás documentos que durante el desarrollo de la presente orden se generen y alleguen al mismo **VIGÉSIMA. Domicilio:** Para todos los efectos legales, las partes fijan como domicilio contractual la ciudad de Bogota D.C, donde para constancia se firma EL 17 DE AGOSTO DE 2011.

EL HOSPITAL

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ FORERO
Subgerente Cientifico
Elaboró: Jefir Parada
Revisó: Profesional Especializado Grupo Funcional de Contratación
Aprobó: Subgerente Administrativo

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS

Diana Guzman 52-874 854
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
Proveedor de Servicios

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	INICIO DE CONTRATO	Página: 1 de 1
		Código: FO-295-015
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

El suscrito Profesional Especializado del Grupo Funcional de Contratación, presenta al Señor(a), Doctor(a) Diana Mireya Guzman Gutierrez identificado(a) con c.c No. 52874854, luego de aprobar el procedimiento de selección, para iniciar la orden de suministro de servicios, cuyo objeto es Aux. de Enfermeria. en el servicio de Medicina Interna. a partir del día 17-08-2011.

Supervisor del contrato Amparo Salas.

Observaciones Inicia en el turno en Quirigiea

PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14059755051

(415)7707212489984(8020) 000001405975505 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
52874854	2	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	52874854	20000824

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUZMAN	GUTIERREZ	DIANA	MIREYA

35. Razón social

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección: CL 59 BIS 48 B 54 BRR CORUÑA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2:
		7157426	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad.	48. Código	49. Fecha inicio actividad.	50. Código.	1	2
8515	20070418					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
3223	

Responsabilidades

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	20																	

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [ ] 60. No de Folios: [ ] [ ] [0] 61. Fecha: 20070418

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

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada.

984. Nombre: JIMENEZ HERNANDEZ SONIA ESTHER

985. Cargo: T.I.P. IV 28-17

DOCUMENTO SIN COSTO

Nelson Perez
18-08-11
3:20 PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	INFORME DE SELECCIÓN DE PERSONAL POR COMPETENCIAS PARA NIVEL ASISTENCIAL	Página 1 de 3
		Código FO-195-004
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACION	Versión 0

Datos de la Organización

Área encargada de la requisición	Registros
Nombre del responsable de la requisición	Amparo Soto
Actividad Requerida	AUX. enfermería

PERFIL DEL OBJETO A CONTRATAR (Personal O.S.S).

REQUISITOS MINIMOS	COMPETENCIAS PARA EL CARGO
Titulo Bachiller en cualquier	COMUNES
modalidad o su equivalente	Orientación a resultados
X Cursos específicos AUXILIAR ENFERMERIA	Orientación al usuario y al ciudadano
X Tarjeta Profesional o su equivalente	Transparencia
Experiencia	Compromiso con la organización
Conocimientos esenciales	COMPORTAMENTALES
	Manejo de la información
	Adaptación al cambio
	Disciplina
	Relaciones interpersonales
	Colaboración.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES A REALIZAR:

- Programar, Ejecutar, Supervisar, Controlar y evaluar las Acciones de enfermeria
- Participar en la Revista medica y de enfermeria
- Entrenar Aplicacion de metodos y procedimientos de enfermeria a los usuarios.

DATOS DEL CANDIDATO

NOMBRE Diana Garzon G. C.C 52874854. EDAD 30

COMPOSICION FAMILIAR 46 / 30 / 9

RESULTADOS DEL ANALISIS DE HOJA DE VIDA Y PRUEBAS APLICADAS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	INFORME DE SELECCION DE PERSONAL POR COMPETENCIAS PARA NIVEL ASISTENCIAL	Página 2 de 3
		Código: FO-295-004
	GRUPO FUNCIONAL CONTRATACION	Versión: 0

APROBO

Concepto del supervisor del servicio sobre la formación, habilidades y experiencia (SI) (NO)

Acredita requisitos mínimos exigidos para el desempeño de la actividad. (SI) (NO)

Veracidad de los títulos obtenidos. Se aplica el principio de la buena fe. (SI) (NO)

PRUEBAS APLICADAS

ENTREVISTA PERSONAL (Concepto profesional)

Fecha de aplicación.

La aspirante tiene el perfil apto para asumir la actividad a contratar.

PSICOTECNICA (Concepto)

Fecha de aplicación. Seguramente es Reservada. Poco Receptiva, conflictiva que no acepta las sugerencias de los jefes de trabajo, le cuesta escuchar a los demás, podría tener habilidades para establecer relaciones interpersonales adecuadas, es posible que sus asuntos personales no intervengan con su trabajo. Podría procurar amoldar el ambiente laboral. Con el fin de lograr un desempeño uniforme y constante. Sería una persona leal y responsable de las actividades encomendadas. Evitar situaciones de conflicto en el sitio de trabajo.

EL CANDIDATO ES APTO PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD REQUERIDA (SI) (NO)

RESPONSABLE DEL PROCESO DE SELECCIÓN NOMBRE Blanca Beltrán

CARGO Psicóloga.

FECHA

46
30
191

COMPASS VENEZUELA

DISC
SISTEMA DE PERFIL DE PERSONAL

Lea atentamente las opciones y marque con una x la palabra mas y la palabra menos, que le describa

1	MAS	MENOS	2	MAS	MENOS	3	MAS	MENOS	4	MAS	MENOS
ENTUSIASTA		X	CAUTELOSO / A			AMIGABLE		X	ELOCUENTE		
RAPIDO / A	X		DECIDIDO / A	X		PRECISO / A			CONTROLADO / A		
LOGICO / A			RECEPTIVO / A		X	FRANCO / A			TOLERANTE		X
APACIBLE			BONDADOSO / A			TRANQUILO / A	X		DECISIVO / A	X	

5	MAS	MENOS	6	MAS	MENOS	7	MAS	MENOS	8	MAS	MENOS
ATREVIDO / A		X	AMENO / A			EXPRESIVO / A			EXTROVERTIDO / A		X
CONCIENZUDO / A			INGENIOSO / A	X		CUIDADOSO / A	X		PRECAVIDO / A	X	
COMUNICATIVO / A			INVESTIGADOR / A		X	DOMINANTE		X	CONSTANTE		
MODERADO / A			ACEPTA RIESGOS			SENSIBLE			IMPACIENTE		

9	MAS	MENOS	10	MAS	MENOS	11	MAS	MENOS	12	MAS	MENOS
DISCRETO	X		VALEROSO / A			RESERVADO / A		X	ESTIMULANTE		X
COMPLACIENTE			ANIMA A LOS DEMAS	X		ATENTO / A			GENTIL		
ENCANTADOR / A			PACIFICO / A		X	OSADO / A	X		PERCEPTIVO / A	X	
INSISTENTE		X	PERFECCIONISTA			ALEGRE			INDEPENDIENTE		

13	MAS	MENOS	14	MAS	MENOS	15	MAS	MENOS	16	MAS	MENOS
COMPETITIVO / A	X		METICULOSO / A		X	POPULAR			ANALITICO / A		X
CONSIDERADO / A			OBEDIENTE	X		REFLEXIVO / A			AUDAZ	X	
ALEGRE			IDEAS FIRMES			TENAZ		X	LEAL		
SAGAZ			ALENTADOR / A			CALMADO / A	X		PROMOTOR / A		

17	MAS	MENOS	18	MAS	MENOS	19	MAS	MENOS	20	MAS	MENOS
SOCIABLE			ADAPTABLE	X		AGRESIVO / A			DE TRATO FACIL		
PACIENTE	X		RESUELTO / A			IMPETUOSO / A			COMPASIVO / A		X
AUTO SUFICIENTE			PREVENIDO / A			AMISTOSO / A	X		CAUTO / A		
CERTERO / A			VIVAZ		X	DISCERNIENTE		X	HABLA DIRECTO	X	

21	MAS	MENOS	22	MAS	MENOS	23	MAS	MENOS	24	MAS	MENOS
EVALUADOR / A			IMPULSIVO / A		X	SOCIABLE	X		CAUTIVADOR / A		
GENEROSO / A	X		CUIDA LOS DETALLES			SISTEMATICO / A			CONTENTO / A		X
ANIMADO / A			ENERGICO			VIGOROSO / A		X	EXIGENTE		
PERSISTENTE			TRANQUILO / A	X		TOLERANTE			APEGADO A LAS NORMAS	X	

25	MAS	MENOS	26	MAS	MENOS	27	MAS	MENOS	28	MAS	MENOS
LE AGRADA DISCUTIR			JOVIAL			INQUIETO / A		X	PRUDENTE		
METICULOSO / A			PRECISO / A			AMABLE	X		PIONERO		
COMEDIDO / A	X		DIRECTO / A	X		ELOCUENTE			ESPONTANEO / A		X
DESEN[illegible]UBIDO / A			ECUANIME		X	CUIDADOSO / A			COLABORADOR	X	

Nombre: Diana Guzmán

Lugar y Fecha de Nacimiento: Bogota - 5 - 03 - 1987

DiSC
SISTEMA DE PERFIL DE PERSONAL

Lea atentamente las opciones y marque con una x la palabra mas y la palabra menos, que le describa

1	MAS	MENOS	2	MAS	MENOS	3	MAS	MENOS	4	MAS	MENOS
ENTUSIASTA			CAUTELOSO /A			AMIGABLE			ELOCUENTE		
RAPIDO / A			DECIDIDO / A			PRECISO / A			CONTROLADO / A		
LOGICO / A			RECEPTIVO /A			FRANCO / A			TOLERANTE		
APACIBLE			BONDADOSO / A			TRANQUILO / A			DECISIVO / A		

5	MAS	MENOS	6	MAS	MENOS	7	MAS	MENOS	8	MAS	MENOS
ATREVIDO / A			AMENO / A			EXPRESIVO / A			EXTROVERTIDO / A		
CONCIENZUDO / A			INGENIOSO / A			CUIDADOSO / A			PRECAVIDO / A		
COMUNICATIVO / A			INVESTIGADOR / A			DOMINANTE			CONSTANTE		
MODERADO / A			ACEPTA RIESGOS			SENSIBLE			IMPACIENTE		

9	MAS	MENOS	10	MAS	MENOS	11	MAS	MENOS	12	MAS	MENOS
DISCRETO			VALEROSO / A			RESERVADO / A			ESTIMULANTE		
COMPLACIENTE			ANIMA A LOS DEMAS			ATENTO /A			GENTIL		
ENCANTADOR / A			PACIFICO / A			OSADO / A			PERCEPTIVO / A		
INSISTENTE			PERFECCIONISTA			ALEGRE			INDEPENDIENTE		

13	MAS	MENOS	14	MAS	MENOS	15	MAS	MENOS	16	MAS	MENOS
COMPETITIVO / A			METICULOSO / A			POPULAR			ANALITICO / A		
CONSIDERADO / A			OBEDIENTE			REFLEXIVO / A			AUDAZ		
ALEGRE			IDEAS FIRMES			TENAZ			LEAL		
SAGAZ			ALENTADOR / A			CALMADO / A			PROMOTOR /A		

17	MAS	MENOS	18	MAS	MENOS	19	MAS	MENOS	20	MAS	MENOS
SOCIABLE			ADAPTABLE			AGRESIVO / A			DE TRATO FACIL		
PACIENTE			RESUELTO / A			IMPETUOSO / A			COMPASIVO / A		
AUTO SUFICIENTE			PREVENIDO / A			AMISTOSO / A			CAUTO / A		
CERTERO /A			VIVAZ			DISCERNIENTE			HABLA DIRECTO		

21	MAS	MENOS	22	MAS	MENOS	23	MAS	MENOS	24	MAS	MENOS
EVALUADOR / A			IMPULSIVO / A			SOCIABLE			CAUTIVADOR /A		
GENEROSO / A			CUIDA LOS DETALLES			SISTEMATICO / A			CONTENTO / A		
ANIMADO / A			ENERGICO			VIGOROSO / A			EXIGENTE		
PERSISTENTE			TRANQUILO / A			TOLERANTE			APEGADO A LAS NORMAS		

25	MAS	MENOS	26	MAS	MENOS	27	MAS	MENOS	28	MAS	MENOS
LE AGRADA DISCUTIR			JOVIAL			INQUIETO / A			PRUDENTE		
METODICO / A			PRECISO / A			AMABLE			PIONERO		
COMEDIDO / A			DIRECTO / A			ELOCUENTE			ESPONTANEO / A		
DESENVUELTO / A			ECUANIME			CUIDADOSO / A			COLABORADOR		

Nombre: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

SIMPLE S.A.®
Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos

RECIBO DE PAGO - PAS

Colsubsidio · Cafam · Comfandi · Famisanar · Procesos & Canje

No. REFERENCIA	8830191088	No. PLANILLA	13019108	No. DE AFILIADOS	1	PERÍODO DE PAGO SALUD	11	08	PENSIÓN	11	08
NIT / CÉDULA	52874854	APORTANTE	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ								

DETALLE DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	COT	NOVEDADES	SALUD APORTE		PENSIÓN APORTE		ARP APORTE		CAJA APORTE	
CC 52874854	DIANA GUZMAN	3		SANITAS	0	COLFONDOS	85.800	--	0	--	0
			DÍAS BASE COTIZACIÓN	0	0	30	536.000	0	0	0	0
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
TOTALES				$	0	$	85.800	$	0	$	0

TOTAL ICBF	$	0
TOTAL SENA	$	0
TOTAL A PAGAR APORTES	$	85.800
DÍAS DE MORA		7
VALOR DE LA MORA	$	400

FECHA LÍMITE DE PAGO: 16/08/2011

TOTAL VALOR A PAGAR

$ 86.200

ESPACIO PARA TIMBRE

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO SIN EL TIMBRE DE LA CAJA REGISTRADORA

DOCUMENTO ATENDIDO EN 8/16/11 15:12 4500 1001176 Z413067

IMPORTANTE: Una vez realizado el pago se hará efectivo al siguiente día hábil. Recuerde revisar y verificar la información contenida en el presente documento; si encuentra alguna inconsistencia, acérquese nuevamente al punto de atención de SIMPLE para que se realice la corrección antes de efectuar el pago.

24

Apreciado Cliente: Lea cuidadosamente las siguientes instrucciones para realizar el pago de la Planilla Asistida en Supermercados (P.A.S.).

1. Este documento es el comprobante de pago de su planilla: **consérvelo.**
2. Para cualquier solicitud es necesario presentar este documento con el timbre de la caja registradora.
3. **Para la liquidación de su planilla se tendrán en cuenta los plazos establecidos en los Decretos 1670 de 2007 y 728 de 2008.**
4. Recuerde que el pago será efectivo al día hábil siguiente.
5. Tenga presente la fecha de vencimiento de cancelación de sus aportes para acercarse a realizar su liquidación a tiempo y evitar intereses de mora.
6. **Recuerde que si ha realizado el presente pago posterior a la Fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007, no implica que las administradoras acepten o se estén allanando a la mora, en consecuencia no habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas como incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, en caso de persistir la mora.**
7. **Recuerde revisar su recibo antes de pagar ya que una vez realizado el pago, SIMPLE S.A., dá por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia los errores en la información del registro en el sistema o la liquidación del recibo de pago P.A.S. serán responsabilidad exclusiva del aportante y las correcciones (a excepción de un pago por menor valor), las deberá realizar el aportante directamente con las administradoras.**
8. En caso de tener alguna modificación en el detalle de la autoliquidación en el recibo de pago, debe acudir nuevamente al punto de atención para generar un nuevo recibo antes de realizar el pago.
9. Usted puede pagar el recibo desde el momento en que realice la liquidación y hasta la fecha impresa en el campo fecha límite de pago en cualquiera de las cajas de los Supermercados y Droguerías Colsubsidio, Cafam - Éxito® y Supermercados Comfandi, en el mismo horario de atención de éstos.
10. En la siguiente tabla podrá consultar las convenciones de las principales novedades, generadas en las planillas de **SIMPLE S.A.**

Novedades

ING	Ingreso	**INGR**	Ingreso Riesgos Profesionales
RET	Retiro	**RET P**	Retiro Pensión
RETR	Retiro Riesgos Profesionales	**VST**	Variación Salario Transitoria
VSP	Variación Salario Permanente	**SLN**	Suspensión o Licencia No Remunerada
IGE	Incapacidad Enfermedad General	**TDE**	Traslado Desde Otra EPS
LMA	Licencia Maternidad	**TAP**	Traslado a Otra AFP
TAE	Traslado a Otra EPS	**VAC**	Vacaciones
TDP	Traslado Desde Otra AFP	**AVP**	Aporte Voluntario Pensión
1 - 30	IRP - Número de Días Incapacidad por Riesgos Profesionales	**VCT**	Variación Centro Trabajo

Muchas gracias, por Elegir a **SIMPLE S.A.**, para realizar el pago de sus aportes a Seguridad Social y Parafiscales, en caso de cualquier inquietud, comuníquese con nuestra línea de atención en Bogotá: 343 2949 y en Cali: 554 0515 o escríbanos a nuestro **Contáctenos** en: www.pagosimple.com

SIMPLE S.A.®

Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos

RECIBO DE PAGO - PAS

Colsubsidio · CAFAM · Comfandi · Famisanar · Procesos & Capital

No. REFERENCIA	8894488516	No. PLANILLA	9448851	No. DE AFILIADOS	1	PERÍODO DE PAGO SALUD	11 08	PENSIÓN	11 08
NIT / CÉDULA	52874854	APORTANTE	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ						

DETALLE DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	COT	NOVEDADES		SALUD	APORTE	PENSIÓN	APORTE	ARP	APORTE	CAJA	APORTE
CC 52874854	DIANA MIRELLA GUZMAN GUTIERREZ	42			SANITAS	67.000	--	0	--	0	--	0
			DÍAS	BASE COTIZACIÓN	30	536.000	0	0	0	0	0	0
			DÍAS	BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS	BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS	BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS	BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS	BASE COTIZACIÓN								
TOTALES					$	67.000	$	0	$	0	$	0

TOTAL ICBF	$	0
TOTAL SENA	$	0
TOTAL A PAGAR APORTES	$	67.000
DÍAS DE MORA		0
VALOR DE LA MORA	$	0

TOTAL VALOR A PAGAR

$ 67.000

ESPACIO PARA TIMBRE

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO SIN EL TIMBRE DE LA CAJA REGISTRADORA

FECHA LÍMITE DE PAGO: 09/08/2011

IMPORTANTE: Una vez realizado el pago se hará efectivo al siguiente día hábil. Recuerde revisar y verificar la información contenida en el presente documento; si encuentra alguna inconsistencia, acérquese nuevamente al punto de atención de SIMPLE para que se realice la corrección antes de efectuar el pago.

Apreciado Cliente: Lea cuidadosamente las siguientes instrucciones para realizar el pago de la Planilla Asistida en Supermercados (P.A.S.).

1. Este documento es el comprobante de pago de su planilla: **consérvelo.**
2. Para cualquier solicitud es necesario presentar este documento con el timbre de la caja registradora.
3. **Para la liquidación de su planilla se tendrán en cuenta los plazos establecidos en los Decretos 1670 de 2007 y 728 de 2008.**
4. Recuerde que el pago será efectivo al día hábil siguiente.
5. Tenga presente la fecha de vencimiento de cancelación de sus aportes para acercarse a realizar su liquidación a tiempo y evitar intereses de mora.
6. **Recuerde que si ha realizado el presente pago posterior a la Fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007, no implica que las administradoras acepten o se estén allanando a la mora, en consecuencia no habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas como incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, en caso de persistir la mora.**
7. **Recuerde revisar su recibo antes de pagar ya que una vez realizado el pago, SIMPLE S.A., dá por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia los errores en la información del registro en el sistema o la liquidación del recibo de pago P.A.S. serán responsabilidad exclusiva del aportante y las correcciones (A excepción de un pago por menor valor o un error en el nombre del aportante o cotizante en el recibo de pago P.A.S.), las deberá realizar el aportante directamente con las administradoras.**
8. En caso de tener alguna modificación en el detalle de la autoliquidación en el recibo de pago, debe acudir nuevamente al punto de atención para generar un nuevo recibo antes de realizar el pago.
9. Usted puede pagar el recibo desde el momento en que realice la liquidación y hasta la fecha impresa en el campo fecha límite de pago en cualquiera de las cajas de los Supermercados y Droguerías Colsubsidio, Cafam - Éxito® y Supermercados Comfandi, en el mismo horario de atención de éstos.
10. En la siguiente tabla podrá consultar las convenciones de las principales novedades, generadas en las planillas de **SIMPLE S.A.**

Novedades

ING	Ingreso	**INGR**	Ingreso Riesgos Profesionales
RET	Retiro	**RET P**	Retiro Pensión
RETR	Retiro Riesgos Profesionales	**VST**	Variación Salario Transitoria
VSP	Variación Salario Permanente	**SLN**	Suspensión o Licencia No Remunerada
IGE	Incapacidad Enfermedad General	**TDE**	Traslado Desde Otra EPS
LMA	Licencia Maternidad	**TAP**	Traslado a Otra AFP
TAE	Traslado a Otra EPS	**VAC**	Vacaciones
TDP	Traslado Desde Otra AFP	**AVP**	Aporte Voluntario Pensión
1 - 30	IRP - Número de Días Incapacidad por Riesgos Profesionales	**VCT**	Variación Centro Trabajo

Muchas gracias, por Elegir a **SIMPLE S.A.**, para realizar el pago de sus aportes a Seguridad Social y Parafiscales, en caso de cualquier inquietud, comuníquese con nuestra línea de atención en Bogotá: 343 2949 y en Cali: 554 0515 o escríbanos a nuestro **Contáctenos** en: www.pagosimple.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52874854

GUZMAN GUTIERREZ
APELLIDOS

DIANA MIREYA
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-AGO-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500119-42085652-F-0052874854-20010419 0166001026A 02 095417582

SERVICOOP
Servicios Integrales Cooperativos de Trabajo Asociado

Certifico.

Que Diana Mireya Guzman Gutierrez con C.C. 52874854 de Bogotà se desempeño como auxiliar de enfermeria en las diferentes clinicas, hospitales y servicios donde la cooperativa presta servicios desde Octubre del 2007 a Diciembre del 2008.

Humberto Ospina García
Médico Cirujano
Universidad de Caldas
R.M. 397-94

Humberto Ospina Garcia.

Gerente.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DIANA MIREYA
GUZMAN GUTIERREZ

C C E 52874654

SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

13/07/2007

Secretaría
SALUD

Resolución No 4713 *de* 07/05/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la 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) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA Identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESC. COLOM. DE CIEC. DE LA SALUD ESCOLSALUD el día 15/12/2000 y registrado en el libro 16 Folio 144 año 2000

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 GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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 07/05/2007

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS.
Directora de Desarrollo de Servicios.

Elaboro :Victor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C 18-07-07
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Diana Guzman
CC. # 52-874854

Firma Diana Guzman

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.

Hace Constar que:

DIANA MIREYA GUZMAN G.

C.C. 52874854 de Bogotá

Participó y Aprobó el curso de: **PRIMEROS AUXILIOS**

Con una intensidad de 30 Horas

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de OCTUBRE de 1.999

Dirección Departamento Educación y Capacitación

Resolución 5733 de 1994 S.E.D.

ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD
" ESCOLSALUD "
Instituto de Educación no Formal
Aprobación Oficial Resolución 6181 del 01-11-96 Secretaria Educación D.C,

ACTA DE GRADO

No. 016

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C, a los quince días del mes de Diciembre de 2000 , se reunieron en las instalaciones de la Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud "ESCOLSALUD" , los suscritos Director y Coordinadora Académica de la Institución , con el fin de formalizar la entrega de los certificados de "Técnico Laboral en Enfermería" al alumno (a) cuyo nombres, apellidos y documento de identificación se relaciona a continuación:

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
cc: 52'874.854 de Santafé de Bogotá

Por haber realizado y aprobado satisfactoriamente todos los objetivos del programa "Auxiliar de Enfermería" con una intensidad de 1.800 horas teórico - Practicas.

La presente acta queda registrada en el libro No. 04 Folio No. 144 del correspondiente libro de actas respectivo.

En constancia, se firma por los que en ella intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado.

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud — DIRECTOR — Colsalud

CARLOS GARZON BERNAL
Director. -
cc: 11'300.731 de Girardot

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud — COORDINADORA ACADEMICA

María Lucy
MARÍA LUCY GAMBOA RAMOS
Coordinadora Académica. -
cc: 51'830.448 de Bogotá

ESCOLSALUD

REPUBLICA DE COLOMBIA

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud

"ESCOLSALUD"

(INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL)

Con Autorizacion Oficial segun Resolucion No. 6181 del 1o. de Noviembre de 1.996 emanada de la Secretaria de Educación de Santafé de Bogota, D.C.

Otorga el presente

CERTIFICADO DE TECNICO LABORAL A

Diana Mireya Guzman Gutierrez

C.C. 52'874.854 De Bogota.

COMO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESCOLSALUD

Director

Coordinacion Academica

Anotado Al Acta No. 016

Folio No. 144

Santafe de Bogota, D.C. a 15 de Diciembre del año 2000

República de Colombia

Departamento Administrativo de Seguridad

Certificado Judicial

El Departamento Administrativo de Seguridad certifica:

Que a la fecha viernes 12 agosto 2011 DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ con Cédula de Ciudadanía Nº 52874854 de Bogotá D. C.

NO REGISTRA ANTECEDENTES

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

Código de Verificación: 330832986827

Manuel A. Diaz.
Coordinador Grupo Identificación

Para verificar la autenticidad del presente certificado, deberá ingresar a www.certificadojudicial.gov.co al servicio "Consultar Certificado Judicial".

Haciendo más fácil tu relación con el Estado | Departamento Administrativo Seguridad 2011 © Todos Los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez revisado el Boletín de Responsables Fiscales No. 66 con corte a 30 de junio de 2011 , el nombre del(a) señor(a) y su correspondiente número de identificación, relacionado a continuación, NO FIGURA REPORTADO en el citado Boletín.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.874.854
Nombre y Apellidos	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
Código de Verificación	1870079722011

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número, nombre (s) y apellido (s) consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

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 67 , en la Página Web de la Entidad, la cual se efectuará en el mes de Octubre de 2011.

MARIA DEL PILAR YEPES MONCADA

JMHC

Personería de Bogotá, D.C.

LA SUSCRITA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA PERSONERIA DE BOGOTA D.C.

No. 115273
Pag. 1 de 1

CERTIFICA

Que el señor(a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Quien se identifica con la cedula de ciudadania No: 52874854 (CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO) 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, Once (11) de AGOSTO del año Dos Mil Once - 2011, 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

JACQUELINE OROZCO TORO
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

1133767758
1133767758 WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

13:50:31
Hoja: 1 de 1

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 28314833

Bogotá DC, 11 de agosto de 2011

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) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 52874854 :

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.

Libertad y Orden

FOTO

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA NATURAL

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

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	E.CIVIL
Guzmán	Gutierrez.	Diana Marcela.	

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION — C.C [X] C.E [ ] PAS [ ] Nº. 52.874.854

SEXO — F [X] M [ ]

NACIONALIDAD — COL. [X] EXTRANJERO [ ] PAIS _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE [ ] SEGUNDA CLASE [ ] NUMERO _____ D.M. _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DIA 05 MES 03 AÑO 1987.

PAIS _____

DEPTO _____

MUNICIPIO _____

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA

Cll 69. # 48 B 54.

PAIS Colombia. DEPTO Cundinamarca.

MUNICIPIO Bogota.

TEL. 7.79.74 26. EMAIL ladydiana0579@Hotmail.com.

2 FORMACION ACADEMICA

EDUCACION BASICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA "X" EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6° A 11° DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACION BASICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°
										X

TITULO OBTENIDO Bachiller academico.

FECHA DE GRADO MES 12 AÑO 1999.

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

TC TECNICA TL TECNOLOGICA TE TECNOLOGICA ESPECIALIZADA UN UNIVERSITARIA

ES ESPECIALIZACION MG MAESTRIA O MAGISTER DOC DOCTORADO O PHD

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADEMICA	Nº SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	Nº DE TARJETA PROFESIONAL
T C.	4	X		Tecnico en Aux de enfermeria	12	2000	
T C.	30 horas.	X		Tecnico en primeros Auxilios.	10	7999	

ESPECIFIQUE 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 UNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA NATURAL

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

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

1 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
en ibagga		X	ibagga

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

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

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA NATURAL

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

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	1	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		8
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACION PUBLICA.

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

Diana Guzman

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONTRATADA 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 UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Diana Guzman.

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 52.874.854. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia.	Cundinamarca.	Bogota.

Dirección	Teléfonos
Cll 59. # 48B 54.	7.75.74.26.

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Daniel Guzman.		Hijo.
Blanca Gutierrez.		madre.
Jorge. Guzmán.		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** [X] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ] ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
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	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Diana Guzman.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

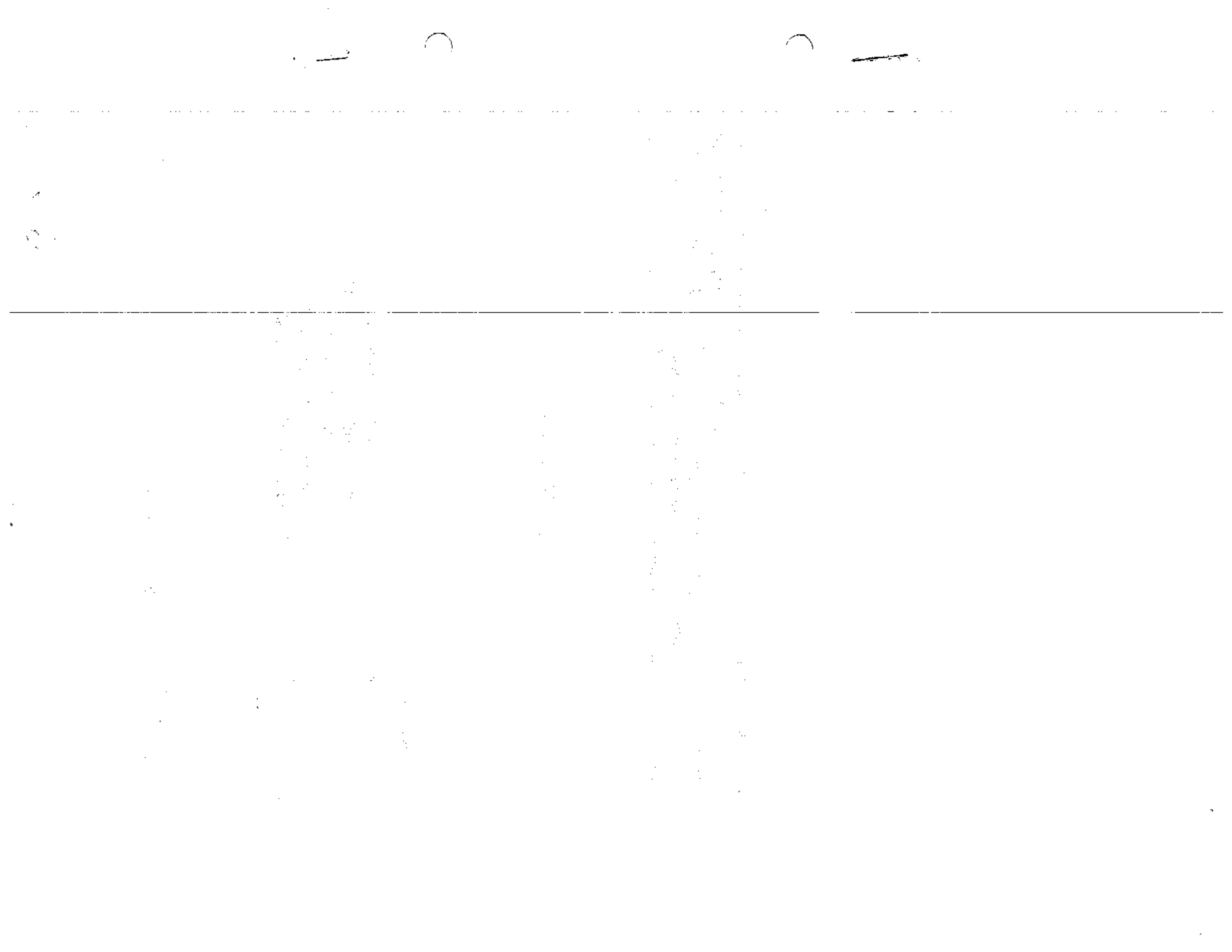
Bogota 16.09.2008.
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
C.C 52.874.854 de Bogota
Calle 59 No 48 B 54
TEL. 7 15 74 26 310 7532882
Bogota – Colombia

PERFIL PORFESIONAL

Me caracterizo por ser una persona con gran sentido de responsabilidad y compromisos además dentro de mi vida personal desarrollo mis actividades enmarcadas dentro de los valores de compromiso, respeto, y ética gracias a mis estudios se me facilita el cuidado y atencion apropiada en el área de salud.
Soy una persona honesta, servicial y con gran actitud positiva hacia el cargo desempeño.



INFORMACIÓN PERSONAL

FECHA DE NACIMIENTO	:	*5 de marzo de 1981*
LUGAR DE NACIMIENTO	:	*Bogota D.C.*
ESTADO CIVIL	:	*Soltera*
PERSONAS A CARGO	:	*Un Hijo*

INFORMACIÓN ACADEMICA

SECUNDARIOS	:	*Instituto Tecnológico del Sur* *Bachiller Académico* *Bogotá – 1999*
SUPERIORES	:	*Escuela Colombiana de Formación En Ciencias de la Salud* *Auxiliar de Enfermería* *Bogotá – 2000*
OTROS	:	*Escuela de salud teresa de Calcuta* *Soporte vital básico* *11-diciembre – 2008*
		Cruz Roja *Primeros auxilios* *30 octubre 1999*

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA	***:***	***HOGAR SAGRADA FAMILIA***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería –cuidado especial***
TIEMPO LABORADO	***:***	***06-2009***
EMPRESA	***:***	***SERVICOOP***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería***
TIEMPO LABORADO	***:***	***ocubre-2007 a diciembre -2008***
TELEFONO	***:***	***2648711 Ibagué***
EMPRESA	***:***	***AMBULANCIAS PRIMEROS AUXILIOS***
CARGO	***:***	***Auxiliar de enfermeria***
TIEMPO LABORADO	***:***	***Actualmente eventos masivos***
TELEFONO	***:***	***2 77 09 77 566 44 37***
EMPRESA		
CARGO	***:***	***HOSPITAL SIMON BOLIVAR***
TIEMPO LABORADO		***Auxiliar de enfermería***
		(Cuidados especiales)

REFERENCIAS PERSONALES

Mauricio Quevedo
Ejecutivo de Ventas
8 25 87 81 – 321 297 90 76

Sandra Milena Quinchia Rivera
Asesora comercial
7313600-3115960121

REFERENCIAS FAMILIARES

Yeimy Guzman
Ingeniera Industrial
310 857 76 69

Jorge Guzman
Auxiliar de enfermería
312 274 31 47

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
C.C 52.874.854 de Bogotá

Ladydiana0519@hotmail.com

Blanquita -2

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	PRESELECCIÓN	Página: 1 de 1
		Código: FO-295-006
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

El suscrito Profesional Especializado del Grupo Funcional de Contratación, presenta al señor(a), Doctor(a) **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ** identificado (a) con c.c. No **52.874.854** para iniciar el proceso de "Preselección" correspondiente a la actividad **AUXILIAR DE ENFERMERIA** a partir del día 05 mes 08 año 2011.

PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION

SECCION PARA DILIGENCIAR EN EL SERVICIO CORRESPONDIENTE

DEPENDENCIA O SERVICIO	ENFERMERIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR	AMPARO SOTO		
FECHA INICIO	Día: 05	Mes: 08	Año: 2011
FECHA FINALIZACION	Día: 08	Mes: 08	Año: 2011

CONCEPTO Y OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR DEL SERVICIO (Escriba su concepto frente al proceso de preselección e incluya su valoración sobre la formación, habilidades y experiencia del candidato Vs lo requerido por el servicio).

Hizo la inducción se adapta al servicio

Aprobó el proceso de Preselección: Si X No _____

Firma: Amparo Soto

Fecha: _____

NOTA: No aplica para Médicos ni personal Directivo

$762
11-30-2011

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar	**REQUISICIÓN DE PERSONAL ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Página: 1 de 1 Código: F—295-002
	GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACION	Versión: 0

ACTIVIDAD REQUERIDA	**AUXILIAR DE ENFERMERIA PEDIATRIA**
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES A REALIZAR **PROGRAMAR, EJECUTAR, SUPERVISAR, CONTROLAR Y EVALUAR LAS ACCIONES DE ENFERMRÍA PARTICIPAR EN LA REVISTA. MÉDICA Y DE ENFERMERIA,. ENTREGAR** APLICACIÓN DE MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA A LOS USUARIOS	
REQUISITOS DE ESTUDIO (Especialidad, profesión u oficio) ** Especificar si requiere formación adicional (Ejm: ACLS, PALS)*	
REQUISITOS DE EXPERIENCIA (Tiempo años y meses)	
REMPLAZO DE (SI APLICA:	MARIA DEL PILAR GARZÓN
	A PARTIR DEL 16 DE JUNIO
MOTIVO DE LA SOLICITUD:	VACACIONES
OBSERVACIONES:	

Vo Bo. SUBGERENTE, PROFESIONAL ESPECIALIZADO O RESPONSABLE DE LA REQUISICIÓN	Vo Bo. GERENTE

607
12-09-11

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

NOMBRES Y APELLIDOS DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ No. ORDEN: 2464

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854 CENTRO DE COSTO: C01A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 1 MES TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180

FECHA INICIO: AA:15 MES: 07 DÍA: 13 FECHA TERMINACIÓN: AA:15 MES:07 DIA:31

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 1'300.000 VALOR A PAGAR EN EL MES: 1'300.000

PERIODO DE SUPER VISIÓN: 13 AL 31 DE JULIO DE 2015 TOTAL HORAS A PAGAR 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE	/		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS	/		
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	/		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE	/		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	/		
6	ASISTE A CAPACITACIONES	/		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	/		

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

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

Diana Hurmán
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

L. Giselle Hauzeur F.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Hurmán 52874854
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
C.C. 41650745
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
41650.745

Lina María Chima
Enfermera
C.C. 47438189

SERVICIO DE ENFERMERÍA 21 JUL 2015
HORA 3:40

IMPLE S.A.
w.pagosimple.com

PA OSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2015-07-16, 04:22:53 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8862738020

Periodo Cotización: julio de 2015 **Periodo Servicio:** julio de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8841101250

PAGADO 16/07/2015

S DEL APORTANTE

ocial	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
nto	CC52874854	**Dirección**	CLL 59 N 48E 54 SUR
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7157426
rsona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ntante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	**Identificación**	CC 52874854
iliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRET	RET F	RET P	ING	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRP	Días ARP	Días SAP	Días CCF	Días Cotizados	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte MEN	Total
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00	X												0	30	20	0	(23)1901) COLFONDOS	$ 644.350	$ 103.100	(EPS020) EPS SANITAS	$ 644.350	$ 80.544	0.000	$ 0	$ 0	(NNN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.644

TALES

Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 644.350	$ 644.350	$ 0	$ 0	$ 103.100	$ 80.544	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.644	$ 900	$ 184.544

Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 90 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
C.C 52.874.854 de Bogota
Calle 59 No 48 B 54
TEL. 7 15 74 26 3204448976
Bogota – Colombia

PERFIL PORFESIONAL

Me caracterizo por ser una persona con gran sentido de responsabilidad y compromisos además dentro de mi vida personal desarrollo mis actividades enmarcadas dentro de los valores de compromiso, respeto, y ética gracias a mis estudios se me facilita el cuidado y atencion apropiada en el área de salud.
Soy una persona honesta, servicial y con gran actitud positiva hacia el cargo desempeño.

INFORMACIÓN PERSONAL

FECHA DE NACIMIENTO	:	*5 de marzo de 1984*
LUGAR DE NACIMIENTO	:	*Bogota D.C.*
ESTADO CIVIL	:	*Soltera*
PERSONAS A CARGO	:	*Un Hijo*

INFORMACIÓN ACADEMICA

SECUNDARIOS	:	*Instituto Tecnológico del Sur* *Bachiller Académico* *Bogotá – 1999*
SUPERIORES	:	*Escuela Colombiana de Formación En Ciencias de la Salud* *Auxiliar de Enfermería* *Bogotá – 2000*
OTROS	:	*Escuela de salud teresa de Calcuta* *Soporte vital básico* *11-diciembre – 2008*

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA	:	*HOSPITAL SIMON BOLIVAR*
CARGO	:	*Auxiliar De Enfermería (Urgencias)*
TIEMPO LABORADO	:	*Agosto 2011 actualmente*
JEFE INMEDIATO	:	*Cristina Ruiz Jefe departamento*
TELEFONO	:	*6732600*

EMPRESA	:	*AMBULANCIAS PRIMEROS AUXILIOS*
CARGO	:	*Auxiliar De Enfermería*
TIEMPO LABORADO	:	*2009- 2010e—eventos masivos*
TELEFONO	:	*2 77 09 77 566 44 37*

EMPRESA	:	*SERVICOOP*
CARGO	:	*Auxiliar De Enfermería*
TIEMPO LABORADO	:	*ocubre-2007 a diciembre -2008*
TELEFONO	:	*2648711 Ibagué*

REFERENCIAS PERSONALES

Ivon Moreno
Jefe enfermera
Hospital Simón Bolivar
3144344167

Sandra Pinzón
Enfermera Jefe de Sanidad
3134827830

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
C.C 52.874.854 de Bogotá

Dianaguz.0305@hotmail.com

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Guzman	Guitarra2	Diana Mireya

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52874854 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: colombia.

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 05 MES 03 AÑO 1981

PAÍS colombia.

DEPTO Cundinamarca.

MUNICIPIO Bogota

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cll 59 N 48 B 54

PAÍS colombia DEPTO Cundinamarca.

MUNICIPIO Bogota

TELÉFONO 7 15 74 26 EMAIL dianaguz.03@hot.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
										X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico

FECHA DE GRADO: MES 11 AÑO 1994

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
TC.	4.	X		Aux de enfermeria	12	2000	52874854

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 simon Bolivar	X		colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
cundinamarca	Bogota	diconagur.0305@hotmail

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
320 444 84 76	DÍA 18 MES 08 AÑO 20 0	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux de enfermeria	Urgencias	7 766

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	4 1	
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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota 11.12.14

Diana Guzman

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 65190163

WEB
13:16:05

Bogotá DC, 09 de diciembre del 2014

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 52874854:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

DERECHOS Y DEBERES Individuo y Sociedad

Personería de Bogotá, D.C.

CERTIFICADO ORDINARIO VIA WEB
No. 615669
Pag. 1 de 1

Bogotá, D.C., 09 de Diciembre de 2014

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor (a) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO de BOGOTA D.C.

52874854

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

El certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reportan las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

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

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

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

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

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.
CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO

OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este certificado está firmado digitalmente, si requiere verificar su autenticidad comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 9 de diciembre de 2014, a las 13:21:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.874.854
Código de Verificación	1850067662014

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

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

SILVANO GÓMEZ STRAUCH

Digitó y Revisó: Vía Web JMMC

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

Síguenos en >

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 09/12/2014 a las 13:22:18 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52874854 y Nombres: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Solicitudes, Quejas, Reclamos

Manual de Navegación | Políticas de Seguridad | Políticas de Privacidad y Uso | Mapa del Sitio | LOGIN

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 Nº 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 400
FAX (571) 3159881 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Prosperidad para todos | Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal Única de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

ESCOLSALUD

REPUBLICA DE COLOMBIA

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud

"ESCOLSALUD"

(INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL)

Con Autorizacion Oficial segun Resolucion No. 6181 del 1o. de Noviembre de 1.996 emanada de la Secretaria de Educación de Santafé de Bogota, D.C.

Otorga el presente

CERTIFICADO DE TECNICO LABORAL A

Diana Mireya Guzman Gutierrez

C.C. 52'874.894 De Bogotá.

COMO

Con una duración de Quinientas Horas Prácticas

AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESCOLSALUD

Director

Coordinacion Academica

Anotado Al Acta No. 016

Folio No. 144

Santafe de Bogota, D.C. a 15 de Diciembre del año 2000

La República de Colombia
y en su nombre

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 056 del 17 de Diciembre de 2003
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 019 del 7 de Mayo de 2004
emanada de la Secretaria de Educación del municipio de Soacha - Cundinamarca

Certifica:

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Que : cc 52.874.854

Asistió al curso de

Soporte Vital Básico

Con una intensidad de 20 Horas

Jenny Marcela Galindo Gomez
Representante Legal

Flor Marina Gomez de Galindo
Directora Administrativa

Instructor

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los once (11) días del mes de Diciembre del 2008.

ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD
" ESCOLSALUD "
Instituto de Educación no Formal
Aprobación Oficial Resolución 6181 del 01-11-96 Secretaria Educación D.C,

ACTA DE GRADO

No. 016

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. a los quince días del mes de Diciembre de 2000 . se reunieron en las instalaciones de la Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud "ESCOLSALUD" . los suscritos Director y Coordinadora Académica de la Institución . con el fin de formalizar la entrega de los certificados de "Técnico Laboral en Enfermería" al alumno (a) cuyo nombres. apellidos y documento de identificación se relaciona a continuación:

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
cc: 52'874.854 de Santafé de Bogotá

Por haber realizado y aprobado satisfactoriamente todos los objetivos del programa "Auxiliar de Enfermería" con una intensidad de 1.800 horas teórico - Practicas.

La presente acta queda registrada en el libro No. 04 Folio No. 144 del correspondiente libro de actas respectivo.

En constancia. se firma por los que en ella intervinieron. en cumplimiento de lo ordenado.

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud DIRECTOR Colsalud

CARLOS GARZON BERNAL
Director. -
cc: 11'300.731 de Girardot

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud COORDINADORA ACADEMICA

María Lucy
MARIA LUCY GAMBOA ZAMORA
Coordinadora Académica. -
cc: 51'830.448 de Bogotá

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.

Hace Constar que:

DIANA MIREYA GUZMAN G.

C.C. 52334934 de Bogotá

Participó y Aprobó el curso de: PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad de 30 Horas

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de OCTUBRE de 1999

Dirección Departamento Educación y Capacitación

Resolución 5733 de 1994 S.E.D.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DIANA MIREYA
GUZMAN GUTIERREZ

C C o C E 52874854

SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedido: 18/07/2007

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 4713 *de* 07/05/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la 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) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA Identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESC. COLOM. DE CIEC. DE LA SALUD ESCOLSALUD el día 15/12/2000 y registrado en el libro 16 Folio 144 año 2000
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 GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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.

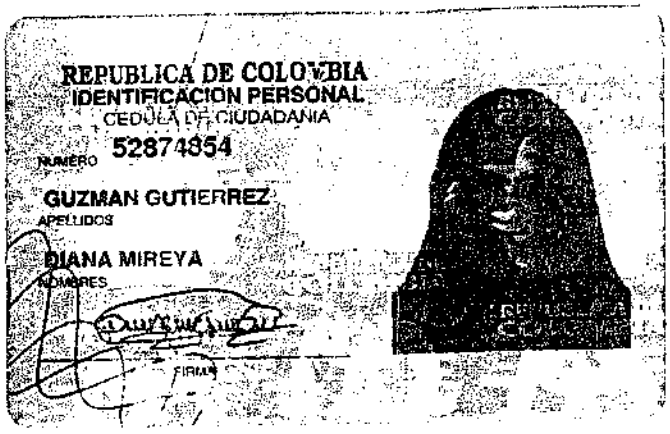
NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 07/05/2007

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

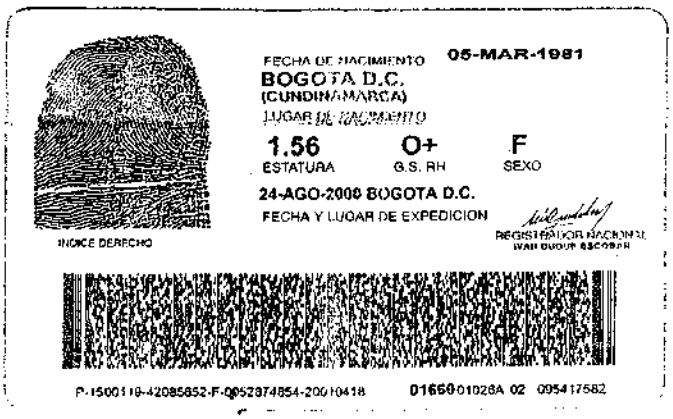
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS.
Directora de Desarrollo de Servicios.

Elaboro :Victor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C 18-07-07
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Diana Guzmán
CC. # 52-874854
Firma Diana Guzmán



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52874854
GUZMAN GUTIERREZ
APELLIDOS
DIANA MIREYA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-AGO-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-1500119-42085852-F-0052874854-20010418 0166001028A 02 095417582

Colfondos
Pensiones y Cesantías

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ identificado(a) con C.C No. 52.874.854 se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias desde el día 03 de mayo de 2006 a COLFONDOS S.A. y sus recursos se encuentran en el FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS MODERADO desde el día 15 de septiembre de 2010, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 26 de agosto de 2014.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestra Línea Afiliados al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín ó 01 800 05 10000 gratis para el resto del país o escribanos a serviciocliente@colfondos.com.co

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

E.P.S. SANITAS
ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

CE-006 - 0000000100 - 2014

CERTIFICAMOS

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación, esta(n) o ha(n) estado afiliada(s) a nuestra E.P.S. SANITAS:

Tipo afiliado *	Nombres	Tipo de documento	No. documento	Fecha afiliación EPS Sanitas	Semanas cotizadas SGSSS	Semanas de antiguedad SGSSS	Estado de afiliación	Fecha de la novedad y motivo		Motivo de retiro
CI	DIANA_MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	C	52874854	29/05/2002	530	639	Activo			

* cotizante independiente (CI), cotizante dependiente (CD), pensionado (CP), mixto (MI), amparado(B.Amp), adicional (B.Adic)

Los usuarios marcados con motivo M3, fueron desafiliados por mora superior a tres (3) meses
Los usuarios marcados con motivo DC, fueron desafiliados por documentacion incompleta

La presente se expide a DIANA_MIREYA GUZMAN GUTIERREZ en BOGOTA D. C. a los 26 dias del mes de AGOSTO de 2014

Cordialmente,

CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

NOTA : ESTA CERTIFICACION NO CONSTITUYE APROBACION DE TRASLADO, NI ES DOCUMENTO VALIDO PARA SOLICITAR SERVICIOS MEDICOS.

R.V. Administrador EPS
Expedido en la oficina BOGOTA DIRECCION GENERAL

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14322352606

(415)7707212489984(8020) 000001432235260 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 7 4 8 5 4	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 8 7 4 8 5 4	2 0 0 0 0 8 2 4

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUZMAN	GUTIERREZ	DIANA	MIREYA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 59 BIS 48 B 54 BRR CORUÑA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dianaguz.0305@hotmail.com		7 1 5 7 4 2 6	3 2 0 4 4 4 8 9 7 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 4 1 2 0 1					3 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
53. Código:	2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 1 2 1 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante: Diana Guzman

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: SANDOVAL TELLEZ RAFAEL ANTONIO

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 11-12-2014 02:13:58PM

DOCUMENTO NO CERTIFICADO

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 0293

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

FECHA DE INICIO: 1 DE ENERO DE 2015

PLAZO DE EJECUCION: 31 DE ENERO DE 2015

VALOR CONTRATO: $ 1.200.000

En Bogotá, a los 01 días del mes de enero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No. 0293, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 31 de Enero de 2015.

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

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

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS 1
CONTRATO: AsAG - 0293 - 2015.
CONTRATISTA: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA CC. 52874854
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 31 DE ENERO DE 2015, CONTADOS A PARTIR DEL 01 ENERO DEL 2015.
VALOR: ($1.200.000.oo), Un millón doscientos Mil Pesos–m/te.

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolucion No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestacion de servicios de apoyo a la gestion de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E**, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **52874854** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA**, quien declara **BAJO JURAMENTO**, no encontrarse dentro de los causales de INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD consagradas en la Constitución y la Ley, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AsAG - 0293 – 2015** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con certificado de disponibilidad presupuestal **No.** , el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar **III** Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS: 1)** Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales y realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería; **2)** Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades; **3)** Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo; **4)** Ejecución entrega de los pendientes en el cambio de turno; **5)** Revisión y envío a farmacia de las ordenes de medicamentos; **6)** Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva; **7)** Tomas de laboratorio, hemocultivo y administración de hemoderivados; **8)** Diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio; **9)** Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato; **10)** Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado; **11)** Sensibilización en derechos y deberes a los pacientes; **12)** Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; **13)** Cumplir con los instructivos de enfermería e la realización de las actividades al usuario y realización los registros de enfermería cumpliendo con la Resolución 1995/99; **14)** Presentar informes, solicitudes, peticiones y demás actividades administrativas que se generen; **15)** Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional, cumpliendo lo establecido por la instituciones de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato; **16)** Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso; **17)** Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades; **18)** Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional; **19)** Cumplimiento de los turnos presenciales o de disponibilidad establecidos por la institución de acuerdo a las necesidades del servicio y la oportunidad requerida en la atención y de acuerdo a los cronogramas para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. **PARAGRAFO.-** Forma parte integral del presente contrato la requisición del personal de orden de suministro del servicio entregado por parte del supervisor. **CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES: 1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propias del objeto contractual en ejecución; **b)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento a los equipos de su especialidad o bienes e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto; **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten; **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado; **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes; **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL; **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad, **h).** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio; **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato; **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio; **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros; **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación; **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere; **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento; **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten; **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades; **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato; **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato; **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin; **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARAGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **CLAUSULA CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de ($1.200.000.oo), Un millón doscientos Mil Pesos–m/te., de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los

informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social y riesgos profesionales, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- TERMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**: El presente contrato se ejecutará hasta el 31 de enero de 2015 contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLAUSULA SEXTA.- TÉRMINO DE DURACIÓN DEL CONTRATO:** El contrato tendrá como duración el término de ejecución y un mes más contados a partir de la fecha de legalización. **CLÁUSULA SEPTIMA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA OCTAVA.- SUPERVISIÓN.** Será ejercida por el Líder de enfermería quien se encargará de: 1.Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. 2. Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. 3. Elaborar con forme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. 4. Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA NOVENA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para **EL** HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA DECIMA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA: DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad; **2)** Certificado de disponibilidad presupuestal **3)** Registro Presupuestal; **4)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA; **5)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales; **6)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales); **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

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

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: José Henry Orozco Martínez

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán 52874854

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C 52874854

Hospital Simón Bolívar	SOLICITUD DE SERVICIO HISTOPATOLÓGICO Y/O CITOLÓGICO	Código: ADT-FO-334-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar III Nivel E S E
	SERVICIO DE PATOLOGÍA	Versión: 1	

FECHA	CC/TI/PA/CE/RC/NUIP/MS/AS/D	SERVICIO	CENTRO DE COSTOS	CAMA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

TELÉFONOS PACIENTE	EDAD	ASEGURADOR

EXÁMENES ANTERIORES	
DIAGNOSTICO(S) CLÍNICO(S)	
ESPÉCIMEN (ES) ENVIADO (S)	
DATOS CLINICOS	

NOMBRE Y APELLIDO MEDICO TRATANTE	NUMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO

ESPACIO PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA

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

585
19

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ — No. ORDEN: 2464

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854 — CENTRO DE COSTO: C01A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 5 mes — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180 H

FECHA INICIO: AA:13 MES: 07 DÍA: 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA:15 MES:12 DIA:31

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 7800.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.300.000

PERIODO DE SUPER VISIÓN: 01 AL 31 12 2015 — TOTAL HORAS A PAGAR 180H

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE	X		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS			
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	X		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE			
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	X		
6	ASISTE A CAPACITACIONES	X		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	X		

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

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

Diana Guzman Gutierrez
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Patricia Rubiana Vergara
Enfermera Jefe
C.C. 41.792.823
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman 52874854.
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

L. Giselle Hauzeur F.
41-650.745 C.C.
Patricia Rubiana Vergara
Enfermera Jefe
C.C. 41.792.823
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

Fecha de la certificación: 31-12-15

Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
C.C. 41.650.745 SERVICIO DE ENFERMERIA

17 DIC 2015
HORA

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2015-01-23, 02:24:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8838809872

Periodo Cotización: enero de 2015 **Periodo Servicio:** enero de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8829288662

PAGADO 23/01/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Documento	CC52874854	**Dirección**	CLL 59 N 48E 54 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7157426
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	**Identificación**	CC 52874854
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Rte	IGE	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días APO	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 52874854	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00																0	30	30	0	0	(23)6041) COLFONDOS	$ 616.000	$ 98.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 616.000	$ 77.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 175.600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 616.000	$ 616.000	$ 0	$ 0	$ 98.600	$ 77.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 175.600	$ 1.200	$ 176.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Protegar el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 21 de 2015 CRP. No. 662

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 38

LA SUMA INICIAL DE : **1,200,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1,200,000.00**
UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS 293.15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 293.15
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 21 DIAS DEL MES DE Enero DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

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

1. ÁREA SERVICIO DE ENFERMERIA 2. CENTRO DE COSTO B01A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD: Se requiere para la atención de los pacientes de los diferentes servicios, con fundamento en que el personal de planta no es suficiente para el cumplimiento del objeto social del Hospital, en el servicio de URGENCIAS.

4. COMPETENCIAS	4.1 Educación: (Estudios que se requieren) Auxiliar de Enfermería
	4.2 Objeto de la Orden: Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERA - Área de Salud
	4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades). Un año desarrollando actividades propias del ejercicio de la profesión
	4.4 .Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia) N.A.
	4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos) Normas de Bioseguridad, registros de enfermería y los específicos según el servicio.
	4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar) Normas de Bioseguridad, cuidado de enfermería básicos y los específicos según el servicio
	4.7 Habilidades: (Señale las capacidades, aptitudes y actitudes requeridas para el desarrollo de actividades) Capacidad para planear las actividades del servicio. Disposición para el trabajo en equipo, manejo de conflictos, buena comunicación en equipo de trabajo, responsabilidad en el desarrollo de sus labores cotidianas, comunicación asertiva con los familiares y con un buen sentido de pertenencia.
5. ACTIVIDADES	5.1 Actividades: (Relacione en detalle las actividades a desarrollar) Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales , cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo, cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado, sensibilización en derechos y deberes a los pacientes, cumplir con os procesos procedimientos guías instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades, cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario y realización de los registros de enfermería cumpliendo con la Resolución 1995/99, presentar informes, asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato, cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso y aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.
	5.2 Procesos, Procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieren para el cumplimiento de actividades Todos aquellos relacionados con el objeto del contrato y todos aquellos que la institución ha determinado para el desarrollo de las actividades propias del objeto del contrato de acuerdo al servicio que se encuentre.

	5.3 Actividades que tiene que supervisar: (Especificar si debe ser supervisor de actividades desarrolladas por personal del hospital o por actividades contratadas por terceros para realizar una actividad o un suministro) N.A.
	5.4 Responsabilidad: Del cumplimiento de las actividades establecidas en el contrato de prestación de servicios.

6. FIRMAS

Firma/ Nombre / Cargo Solicitante	Firma/ Nombre / Cargo Vo Bo. – Subgerencia	Firma/ Nombre Subgerencia Administrativa
NOMBRE: MARIA CRISTIANA RUIZ CASTAÑEDA CARGO LIDER SERVICIO DE ENFERMERIA. FIRMA	NOMBRE: LUIS GERARDO CANO V. CARGO SUBGERENTE CIENTIFICO FIRMA	NOMBRE SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ CARGO: SUBGERENTE ADMINISTRATIVA FIRMA

7. VALOR $

8. V.B. GERENCIA

_____

9. RADICACIÓN DE LA SOLICITUD AL ÁREA DE CONTRATACIÓN

9.1 Nombres y Apellidos de quien entrega _____

9.2 FIRMA _____

9.3 Fecha de Recibido _____

9.4 Nombres y Apellidos de quien recibe _____

9.5 FIRMA _____

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ — No. ORDEN: 2464

CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 — CENTRO DE COSTO: C01A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 4 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180 H

FECHA INICIO: AA:15 MES: 07 DÍA: 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA:01 MES:11 DIA:30

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 5.200.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.300.000

PERIODO DE SUPER VISIÓN: 01 AL 30 DE NOV. DE 2015 — TOTAL HORAS A PAGAR 180H

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE	✓		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS	✓		
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	✓		✓
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE	✓		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	✓		
6	ASISTE A CAPACITACIONES	✓		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	✓		

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

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

Diana Guzman
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

L. Giselle Hauzeur F.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR
Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
C.C. 41.650.745

Diana Guzman
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
52874854

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

Fecha de la certificación: 30-11-15

SERVICIO ENFERMERIA 20 NOV 2015
HORA

HOSPITAL SIMON BOLIVAR ESE III NIVEL	CONTROL INSERCION DE CATETER	Página: 1 de 1
		Código: FO-350-015
	ENFERMERIA	Versión: 1

Nombres del Paciente: _____

Identificación: C.C. T.I. PA. C.E. R.C. NUIP MS AS D Nº _____ Cama: _____

Fecha de Inserción: _____ Hora: _____ Tipo de Catéter: _____

Sitio de Inserción: _____ Introducido: _____ cms.

Insertado por: _____ Ayudante: _____ Control Radiográfico: _____

REGISTRO DE CURACIONES

FECHA	REALIZADO POR	TURNO	HALLAZGOS

FECHA DE RETITO: _____

MOTIVO DE RETIRO:

Fin de la Indicación: _____

Salida Accidental: _____

Signos de Infección: _____

OTRO: _____

_____

_____

CULTIVO: _____ REPORTE: _____

ADICIÓN No. 004 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2464 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, identificado(a) con la Cédula No. **52874854** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2464 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 2464 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2464 de 2015 por el valor de **UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($1.300.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. **SEGUNDA**: Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **1702** de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2464 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de diciembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Cédula No. 52874854
52874854

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

PRÓRROGA No. 004 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2464 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, identificado(a) con la Cédula No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2464 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 2464 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2464 de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes del contrato N° 2464 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 27 días del mes de noviembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Cédula No. 52874854
52874854

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

HOSPITAL SIMON BOLIVAR ESE III NIVEL	CONTROL INSERCION DE CATETER	Página: 1 de 1
		Código: FO-350-015
	ENFERMERIA	Versión: 1

Nombres del Paciente: _____

Identificación: C.C. T.I. PA. C.E. R.C. NUIP MS AS D Nº _____ Cama: _____

Fecha de Inserción: _____ Hora: _____ Tipo de Catéter: _____

Sitio de Inserción: _____ Introducido: _____ cms.

Insertado por: _____ Ayudante: _____ Control Radiográfico: _____

REGISTRO DE CURACIONES

FECHA	REALIZADO POR	TURNO	HALLAZGOS

FECHA DE RETITO: _____

MOTIVO DE RETIRO:

Fin de la Indicación: _____

Salida Accidental: _____

Signos de Infección: _____

OTRO: _____

_____

_____

CULTIVO: _____ REPORTE: _____

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil
NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Desconocido

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2015-11-19, 12:07:45 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 8873375640

Periodo Cotización: noviembre de 2015 **Periodo Servicio:** noviembre de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8841101250

PAGADO 19/11/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Documento	CC52874854	**Dirección**	CLL 84 B NO 89 A 26
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223294995
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	**Identificación**	CC 52874854
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	INT	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	SPE	Días IRP	Días PEN	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	SNAP	Aporte Min Educación	Total
52874854	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00																	30	30	0	0	(23) 60 FONDOS	$ 644,350	$ 103,100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 644,350	$ 80,544	0,000	$ 0	$ 0	(NON-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183,644

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 644,350	$ 644,350	$ 0	$ 0	$ 103,100	$ 80,544	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183,644	$ 1,000	$ 184,644

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 66 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 665 90 03 - Pereira: 313 93 90 - Barranquilla: 361 66 66 - Resto del País: 018000 971 97[illegible] SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Remplazo de: Ramos Cespedes Ingrid A

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

Guzmán Gutierrez Diana

1. ÁREA SERVICIO DE ENFERMERIA 2. CENTRO DE COSTO U01A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD: Se requiere para la atención de los pacientes de los diferentes servicios, con fundamento en que el personal de planta no es suficiente para el cumplimiento del objeto social del Hospital.

4. COMPETENCIAS	4.1 Educación: (Estudios que se requieren) Auxiliar de Enfermería
	4.2 Objeto de la Orden: Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERA - Área de Salud
	4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades).
	4.4 .Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia) N.A.
	4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos) Normas de Bioseguridad, registros de enfermería y los especificos según el servicio.
	4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar) Normas de Bioseguridad, cuidado de enfermería básicos y los específicos según el servicio
	4.7 Habilidades: (Señale las capacidades, aptitudes y actitudes requeridas para el desarrollo de actividades) Capacidad para planear las actividades del servicio. Disposición para el trabajo en equipo, manejo de conflictos, buena comunicación en equipo de trabajo, responsabilidad en el desarrollo de sus labores cotidianas, comunicación asertiva con los familiares y con un buen sentido de pertenencia.
5. ACTIVIDADES	5.1 Actividades: (Relacione en detalle las actividades a desarrollar) 1) Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales y realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería. 2) Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo. 3) Ejecución entrega de los pendientes en el cambio de turno. 4) Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos. 5) Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva. 6) Tomas de laboratorio, hemocultivo y administración de hemoderivados. 7) Diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio. 8) Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 9) Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado. 10) Sensibilización en derechos y deberes a los pacientes. 11) Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades. 12) Cumplir con los instructivos de enfermería e la realización de las actividades al usuario y realización los registros de enfermería cumpliendo con la Resolución 1995/99. 13) Presentar informes, solicitudes, peticiones y demás actividades administrativas que se generen. 14) Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional, cumpliendo lo establecido por las instituciones de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 15) Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso. 16) Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 17) Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 18) Cumplimiento de los turnos presenciales o de disponibilidad establecido por la institución de acuerdo a las necesidades del servicio y la oportunidad requerida en la atención y de acuerdo a los cronogramas para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.
	5.2 Procesos, Procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieren para el cumplimiento de actividades Todos aquellos relacionados con el objeto del contrato y todos aquellos que la institución ha determinado para el desarrollo de las actividades propias del objeto del contrato de acuerdo al servicio que se encuentre.

29(3)

	5.3 Actividades que tiene que supervisar: (Especificar si debe ser supervisor de actividades desarrolladas por personal del hospital o por actividades contratadas por terceros para realizar una actividad o un suministro) N.A.
	5.4 Responsabilidad: Del cumplimiento de las actividades establecidas en el contrato de prestación de servicios.

6. FIRMAS

Firma/ Nombre / Cargo Solicitante	Firma/ Nombre / Cargo Vo Bo. – Subgerencia Científica	Firma/ Nombre Subgerencia Administrativa
NOMBRE: GISELLE HAUZEUR F. CARGO LIDER SERVICIO DE ENFERMERIA FIRMA	NOMBRE: GUILLERMO VILLAMIL IREGUI CARGO SUBGERENTE CIENTIFICO FIRMA	NOMBRE: SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ CARGO: SUBGERENTE ADMINISTRATIVA FIRMA

7. VALOR $

8. V.B. GERENCIA

9. RADICACIÓN DE LA SOLICITUD AL ÁREA DE CONTRATACIÓN

9.1 Nombres y Apellidos de quien entrega _____

9.2 FIRMA _____

9.3 Fecha de Recibido _____

9.4 Nombres y Apellidos de quien recibe _____

9.5 FIRMA _____

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ 3115900074
C.C 52.874.854 de Bogota
Calle 59 No 48 B 54
TEL. 7 15 74 26 320-4448976
Bogotá – Colombia
Dianaguz0305@hotmail.com

PERFIL PORFESIONAL

Mujer con un alto compromiso laboral. Facilidad de expresión, experiencia en medicina interna, quirúrgicos, pediatría, salud mental, y urgencias, con capacidad para planear, coordinar y cumplir satisfactoriamente con las funciones asignadas y metas, manejo de grupo y equipo de trabajo basados con mis valores de compromiso, respeto, y ética gracias a mis estudios se me facilita el cuidado y atencion apropiada en el área de salud.

INFORMACIÓN PERSONAL

FECHA DE NACIMIENTO : 5 de marzo de 1981
LUGAR DE NACIMIENTO: Bogotá D.C.
ESTADO CIVIL: Soltera
PERSONAS A CARGO: Un Hijo

INFORMACIÓN ACADEMICA

SECUNDARIOS: Instituto Tecnológico del Sur
Bachiller Académico
Bogotá – 1999

SUPERIORES :
Escuela Colombiana de Formación En Ciencias de la Salud
Auxiliar de Enfermería
Bogotá – 2000

OTROS :
Escuela de salud teresa de Calcuta
Soporte vital básico
11-diciembre – 2008

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA	***:***	***HOGAR SAGRADA FAMILIA***
CARGO:	***Auxiliar***	***De Enfermería –cuidado especial***
TIEMPO LABORADO	***:***	***06-2009***

EMPRESA	***:***	***SERVICOOP***
CARGO:	***Auxiliar***	***De Enfermería***
TIEMPO LABORADO	***:***	***ocubre-2007 a diciembre -2008***
TELEFONO	***:***	***2648711 Ibagué***

EMPRESA	***:***	***HOSPITAL DE SOACHA***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería (Practicas de Escolsalud)***
TIEMPO LABORADO	***:***	***6 meses***

EMPRESA	***:***	***AMBULANCIAS PRIMEROS AUXILIOS***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería***
TIEMPO LABORADO	***:***	***Eventos masivos***
TELEFONO	***:***	***2 77 09 77 566 44 37***

EMPRESA	***:***	***HOSPITAL SIMON BOLIVAR***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería***
JEFE INMEDIATO	***:***	***Ivonne Moreno Jefe de personal***

EMPRESA:INSTITUTO CANCEROLOGICO
CARGO: auxiliar de radiología
JEFE INMEDIATO : Rocio Jaimes

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

REFERENCIAS PERSONALES

Ivonne Moreno
Jefe de Urgencias
314-434-4167

Sandra Milena Quinchia Rivera
Asesora comercial
7313600-3115960121

Diana Guzman

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
C.C 52.874.854 de Bogotá
Dianaguz0305@hotmail.com

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Guzman	Gutierrez	Diana Mireya

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52674354

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 05 MES 03 AÑO 1978

PAÍS: colombia

DEPTO: cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cll 59 N 49 B 51

PAÍS: colombia DEPTO

MUNICIPIO: fundinamarca

TELÉFONO: 3204466940 EMAIL: ladydiana0778@

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10.	(11)	MES 11 AÑO 1999

EDUCACIÓN 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
TC		X		tecnologico del sur	11	1999	
TC		X		escuela colombiana en salud	11	2000	

ESPECIFIQUE 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 Simon	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	ladidiangos@g.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6736 00	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux de enfermeria		

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	4	48
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 (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento julio 1/15

Diana Guzman

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 73509900

WEB
11:34:49

Bogotá DC, 07 de julio del 2015

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 52874854:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

DERECHOS Y DEBERES Individuo y Sociedad

Personería de Bogotá, D.C.

CERTIFICADO ORDINARIO VIA WEB	
No.	684078
Pag.	1 de 1

Bogotá, D.C., 07 de Julio de 2015

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor (a) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No: CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO de BOGOTA D.C.

52874854

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO

ALBA HERLY FELACIO MILLÁN
Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 7 de julio de 2015, a las 11:31:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.874.854
Código de Verificación	641906312015

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

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

SILVANO GÓMEZ STRAUCH

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

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

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 07/07/2015 a las 11:30:45 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52874854 y Nombres: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

" ESCOLSALUD "

Instituto de Educación no Formal

Aprobación Oficial Resolución 6181 del 01-11-96 Secretaria Educación D.C.

ACTA DE GRADO

No. 016

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. a los quince días del mes de Diciembre de 2000 . se reunieron en las instalaciones de la Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud "ESCOLSALUD" . los suscritos Director y Coordinadora Académica de la Institución . con el fin de formalizar la entrega de los certificados de "Técnico Laboral en Enfermería" al alumno (a) cuyo nombres. apellidos y documento de identificación se relaciona a continuación:

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

cc: 52'874.854 de Santafé de Bogotá

Por haber realizado y aprobado satisfactoriamente todos los objetivos del programa "Auxiliar de Enfermería" con una intensidad de 1.800 horas teórico - Practicas.

La presente acta queda registrada en el libro No. 04 Folio No. 144 del correspondiente libro de actas respectivo.

En constancia. se firma por los que en ella intervinieron. en cumplimiento de lo ordenado.

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud DIRECTOR Colsalud

CARLOS GARZON SERNAL

Director. -

cc: 11'300.731 de Girardot

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud COORDINADORA ACADEMICA

MARIA LUCY GAMBOA RINCON

Coordinadora Académica. -

cc: 51'830.448 de Bogotá

La República de Colombia
y en su nombre

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 056 del 17 de Diciembre de 2003
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 019 del 7 de Mayo de 2004
emanada de la Secretaría de Educación del municipio de Soacha - Cundinamarca

Certifica:

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Que :

cc 52.874.854 **Asistió al curso de**

Soporte Vital Básico

Con una intensidad de 20 Horas

Jenny Marcela Galindo Gomez
Representante Legal

Flor Marina Gomez de Galindo
Directora Administrativa

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Instructor

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los once (11) días del mes de Diciembre del 2014.

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 4713 *de* 07/05/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la 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) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA Identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESC. COLOM. DE CIEC. DE LA SALUD ESCOLSALUD el día 15/12/2000 y registrado en el libro 16 Folio 144 año 2000
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 GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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 07/05/2007

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS.
Directora de Desarrollo de Servicios.

Elaboro :Victor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C 18-07-07
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Diana Guzmán
CC. # 52-874854

Firma Diana Guzmán

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DIANA MIREYA

GUZMAN GUTIERREZ

C.C. DE 52874854

SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedido: 18/07/2007

Servicios Integrales Cooperativos
de Trabajo Asociado

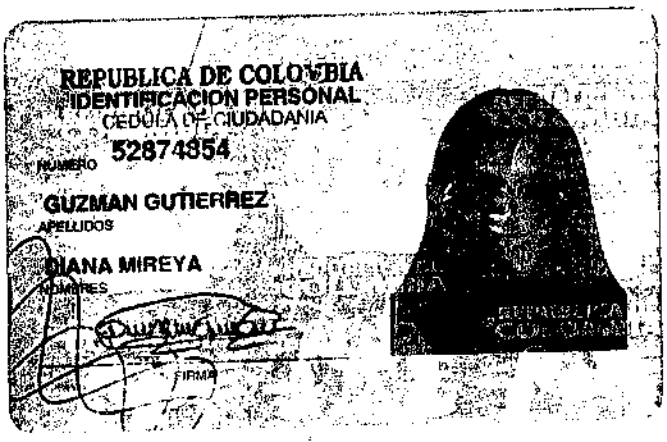
Certifico.

Que Diana Mireya Guzman Gutierrez con C.C. 52874854 de Bogotà se desempeño como auxiliar de enfermeria en las diferentes clinicas, hospitales y servicios donde la cooperativa presta servicios desde Octubre del 2007 a Diciembre del 2008.

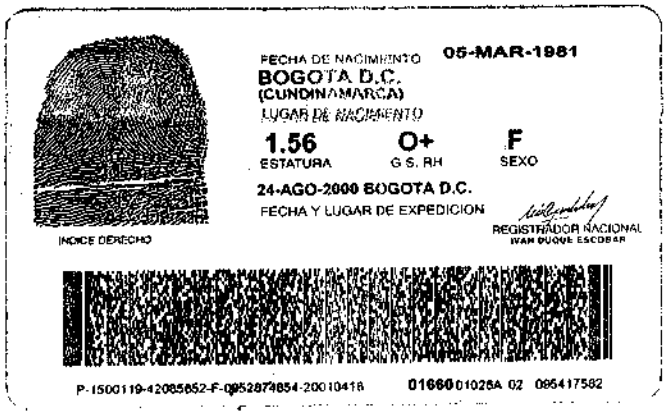
Humberto Ospina García
Médico Cirujano
Universidad de Caldas
R.M. 397-94

Humberto Ospina Garcia.

Gerente.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52874854
GUZMAN GUTIERREZ
APELLIDOS
DIANA MIREYA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
24-AGO-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO

P-1500119-42085652-F-0952874854-20010418 0166001026A 02 095417582

FORMATO DE ENTREVISTA

NOMBRES Y APELLIDOS Diana Mireya Guzman Gutierrez

FECHA 2 07 15 **PROFESION U OFICIO** Aux de enfermeria

COMPONENTE FAMILIAR (FAMILIOGRAMA)

1. **¿Con quién vive actualmente?**
   con mi hijo y madre
2. **¿De quién depende el hogar económicamente?**
   el hogar dependo de mi
3. **¿Cómo considera Usted que son las relaciones interpersonales en su hogar?**
   las relaciones interpersonales son buenas se trata de hablar, cuando hay algun conflicto y se solucionan hablando

5. **¿Fuma?** NO **¿Ingiere alcohol?** NO **¿con que frecuencia?** _____

6. **¿Qué hace en su tiempo libre actualmente?**
   en mis tiempo libre realizo Ejercicio x Casa

7- **¿Qué mecanismos utiliza cuando se encuentra en tensión?**
   utilizar la calma y tranquilizarce para poder realizar bien las cosas

8. **¿Cúales son tres fortalezas más importantes?**
   Seguridad
   Alto Caminio
   Proactividad

8. **¿Cúales son tres debilidades más importantes?**
   Malgenio
   que no me salgan las cosas bien.
   Sufrimiento

9. ¿Alguna vez ha sufrido episodios depresivos? Si ____ No X en caso afirmativo un breve relato de los hechos

10. ¿ Cuando toma alguna decisión importante en su vida cuanto tiempo dispone para ello y con quien consulta?
cuando tomo una decisión con solito con mi hijo y mi madre x q que son las personas con las que convivo y tomo una decisión de una

11 ¿Ha tenido algún inconveniente personal con alguien de su familia, amigo, conocido o en un sitio específico? Si ____ No X En caso afirmativo puede hacer un relato de los hechos

12.¿Cuando tiene algún problema con una persona como busca la solución?
trato de dialogar con la persona en la cual tengo el problema y llegar a un acuerdo y solucionar el problema

13. ¿Se considera Usted de mal genio? Si X No ____

14. ¿Qué le produce a Usted mal genio?
me da malgenio que las cosas no salgan bien

15.¿Cómo considera Usted que son su relaciones interpersonales?
Soy una persona amable, responsable y sociable

16. ¿Qué hechos sobresalientes de su trabajo anterior puede referenciar?
de mi trabajo anterior logro mucho sobre pasante con cancer, gente de rodadero

17. ¿Y cuales son negativos?
poco de liderazgo en grupo pero lo que no me gusta

18. ¿A quién le respondia?
a las personas que no tienen liderazgo de grupo

19. ¿Con quién interactuaba?
con compañeros en la cual asumo un grupo bueno

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ, identificado(a) con C.C 52.874.854, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a la fecha 07 de abril de 2015.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestro Contact center al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 01 800 05 10000 e-mail servicioclientе@colfondos.com.co

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

E.P.S. SANITAS
ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

CE-006 - 0000000100 - 2014

CERTIFICAMOS

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación, esta(n) o ha(n) estado afiliada(s) a nuestra E.P.S. SANITAS:

Tipo afiliado *	Nombres	Tipo de documento	No. documento	Fecha afiliación EPS Sanitas	Semanas cotizadas SGSSS	Semanas de antiguedad SGSSS	Estado de afiliación	Fecha de la novedad y motivo		Motivo de retiro
CI	DIANA_MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	C	52874854	29/05/2002	530	639	Activo			

* cotizante independiente (CI), cotizante dependiente (CD), pensionado (CP), mixto (MI), amparado(B.Amp), adicional (B.Adic)

Los usuarios marcados con motivo M3, fueron desafiliados por mora superior a tres (3) meses
Los usuarios marcados con motivo DC, fueron desafiliados por documentacion incompleta

La presente se expide a DIANA_MIREYA GUZMAN GUTIERREZ en BOGOTA D. C. a los 26 dias del mes de AGOSTO de 2014

Cordialmente,

CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

NOTA : ESTA CERTIFICACION NO CONSTITUYE APROBACION DE TRASLADO, NI ES DOCUMENTO VALIDO PARA SOLICITAR SERVICIOS MEDICOS.

R.V. Administrador EPS
Expedido en la oficina BOGOTA DIRECCION GENERAL

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

LA FUNDACION
INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

AUTORIZADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 3963 DEL 30 DE NOVIEMBRE DE 1972 Y RATIFICADA POR RESOLUCION No. 7125 DEL 19 DE NOVIEMBRE DE 1998

LE CONFIERE A

Diana Mireya Guzman Gutierrez

identificado con c.c. 52.874.854 *de* Santafe de Bogotá D.C

el título de

BACHILLER ACADEMICO

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

PADRE SEBASTIAN LONDOÑO SALES
RECTOR

TERESA PULIDO CAMACHO
SECRETARIA

Dado en Santafe de Bogotá *a* 26 *de* Noviembre *de 1999.*

20. ¿A qué equipo de trabajo pertenecía?
Aux de radiologia

21. ¿Qué actividades desarrollaba?
Tomar placas de pacientes en la sala de radiologia y en procedimientos de radiologia

22. ¿De esas actividades cual le llamaba más la atención y cual menos y porque?
me llamaba la función. circular en procesos

23. ¿Ha dirigido grupos de trabajo? Si X No _____ En caso afirmativo ¿qué tipo de dirección ha hecho?

24. ¿Ha participado en proyectos? Si X No _____ En caso afirmativo ¿qué tipo de dirección ha hecho?

25. ¿Logros de su vida hasta el momento ?
algunos conocimientos académicos y profesional

26. ¿No de personal bajo su cargo?

Observaciones:

Concepto Profesional:

Puntaje _____

Profesional de Talento Humano

Hospital Simón Bolívar	PROGRAMA DE LA ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO	Código: Documento de Prueba	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar
	GESTIÓN HUMANA	Versión: 1	

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA

NOMBRE Diana Guzman C.C 52894854

1. El proceso mediante el cual se reduce el nivel de contaminantes bacterianos es:

   a) Desinfección
   b) Limpieza
   c) Esterilización
   d) Aspersión

2. La presencia de sangre en la orina es:

   a). Proteinuiria
   b) Cilindruria
   c) Glucosuria
   d) Hematuria

3. La micción involuntaria es:

   a) Tenesmo
   b) Disuria
   c) Enuresis
   d) Incontinencia urinaria

4. El tipo de sonda empleada para el cateterismo vesical a permanencia es:

   a) Sonda de Foley
   b) Sonda de levin
   c) Sonda nelaton
   d) Sonda Succión

5. La posición terapéutica que sirve para la aplicación de enemas es:

   a) Sims
   b) Fowler
   c) Ginecología
   d) Semifowler

6. En que región del corazón se origina la circulación pulmonar:

   a) Aurícula derecha
   b) Aurícula izquierda
   c) Ventrículo derecho

d) Ventrículo izquierdo

7. **Se considera como signos vitales básicos en un ser humano los siguientes:**

a) Respiración, temperatura, tensión arterial y frecuencia cardiaca.
b) Respiración, temperatura, tensión arterial, pulso, peso y talla.
c) Respiración, temperatura, frecuencia cardiaca, tensión arterial, índice masa corporal.
d) Respiración, temperatura, tensión arterial.

8. **Es la dificultad para respirar:**

a) Apnea
b) Disnea
c) Ortopnea
d) Aerofagia

9. **Definición de herida es:**

a) Discontinuidad de tejido blando
b) Discontinuidad de tejido blando y óseo
c) Hemorragia de un área determinada
d) Infección de piel

10. **De acuerdo a la resolución 1995 del 97 las notas de enfermería deben tener los siguientes aspectos**

a) Letra legible, veracidad de la información, hora, encabezamiento con datos completos, firma y sello.
b) Letra legible sin enmendaduras, ni tachones, lapicero negro, hora militar, veracidad de la información, no dejar espacios, firma y sello.
c) Letra legible, sin tachones, sin enmendaduras, lapicero azul u otro color, hora, firma y sello
d) Ninguna de las anteriores.

Diana Guzman

SISTEMA DE PERFIL PERSONAL

COMPASS VENEZUELA

0

DiSC

Escoja una Palabra "MAS" y una palabra "MENOS" que lo describa

1	MAS	MENOS
ENTUSIASTA	●	
RAPIDO / A		
LOGICO / A		
APACIBLE		

2	MAS	MENOS
CAUTELOSO /A		
DECIDIDO / A		
RECEPTIVO /A		
BONDADOSO / A		

3	MAS	MENOS
AMIGABLE		
PRECISO / A		
FRANCO / A		
TRANQUILO / A		

4	MAS	MENOS
ELOCUENTE		
CONTROLADO / A		
TOLERANTE		
DECISIVO / A		

5	MAS	MENOS
ATREVIDO / A		
CONCIENZUDO / A		
COMUNICATIVO / A		
MODERADO / A		

6	MAS	MENOS
AMENO / A		
INGENIOSO / A		
INVESTIGADOR / A		
ACEPTA RIESGOS		

7	MAS	MENOS
EXPRESIVO / A		
CUIDADOSO / A		
DOMINANTE		
SENSIBLE		

8	MAS	MENOS
EXTROVERTIDO / A		
PRECAVIDO / A		
CONSTANTE		
IMPACIENTE		

9	MAS	MENOS
DISCRETO		
COMPLACIENTE		
ENCANTADOR / A		
INSISTENTE		

10	MAS	MENOS
VALEROSO / A		
ANIMA A LOS DEMAS		
PACIFICO / A		
PERFECCIONISTA		

11	MAS	MENOS
RESERVADO / A		
ATENTO /A		
OSADO / A		
ALEGRE		

12	MAS	MENOS
ESTIMULANTE		
GENTIL		
PERCEPTIVO / A		
INDEPENDIENTE		

13	MAS	MENOS
COMPETITIVO / A		
CONSIDERADO / A		
ALEGRE		
SAGAZ		

14	MAS	MENOS
METICULOSO / A		
OBEDIENTE		
IDEAS FIRMES		
ALENTADOR / A		

15	MAS	MENOS
POPULAR		
REFLEXIVO / A		
TENAZ		
CALMADO / A		

16	MAS	MENOS
ANALITICO / A		
AUDAZ		
LEAL		
PROMOTOR /A		

17	MAS	MENOS
SOCIABLE		
PACIENTE		
AUTO SUFICIENTE		
CERTERO /A		

18	MAS	MENOS
ADAPTABLE		
RESUELTO / A		
PREVENIDO / A		
VIVAZ		

19	MAS	MENOS
AGRESIVO / A		
IMPETUOSO / A		
AMISTOSO / A		
DISCERNIENTE		

20	MAS	MENOS
DE TRATO FACIL		
COMPASIVO / A		
CAUTO / A		
HABLA DIRECTO		

21	MAS	MENOS
EVALUADOR / A		
GENEROSO / A		
ANIMADO / A		
PERSISTENTE		

22	MAS	MENOS
IMPULSIVO / A		
CUIDA LOS DETALLES		
ENERGICO		
TRANQUILO / A		

23	MAS	MENOS
SOCIABLE		
SISTEMATICO / A		
VIGOROSO / A		
TOLERANTE		

24	MAS	MENOS
CAUTIVADOR /A		
CONTENTO / A		
EXIGENTE		
APEGADO A LAS NORMAS		

25	MAS	MENOS
LE AGRADA DISCUTIR		
METODICO / A		
COMEDIDO / A		
DESENVUELTO / A		

26	MAS	MENOS
JOVIAL		
PRECISO / A		
DIRECTO / A		
ECUANIME		

27	MAS	MENOS
INQUIETO / A		
AMABLE		
ELOCUENTE		
CUIDADOSO / A		

28	MAS	MENOS
PRUDENTE		
PIONERO		
ESPONTANEO / A		
COLABORADOR		

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14322352606

(415)7707212489984(8020) 000001432235260 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
52874854	2	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	52874854	20000824

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUZMAN	GUTIERREZ	DIANA	MIREYA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 59 BIS 48 B 54 BRR CORUÑA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dianaguz.0305@hotmail.com		7157426	3204489766

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	20041201					3223	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	20																	

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 20141211

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Diana Guzman

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: SANDOVAL TELLEZ RAFAEL ANTONIO

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

S2-to-80 MW

REPORTE GENERADO EL

Tipo documento:	NI	Número de Documento:	800199433
Nombre:	[illegible] SIMON BOLIVAR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
Dirección:	CALLE 13 # 10-96		
Departamento:	[illegible]	Municipio:	[illegible]
E-mail:	HOSPITALSIMONBOLIVAR@SECRETARIASIMONBOLIVAR.GOV.CO		
Teléfono:	[illegible]	Tarifa:	2.436
Acti. Económicas:	[illegible] DE LAS ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE REHABILITACION (SALUD CON INTERNACION), ACTIVIDADES DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL		

[illegible]

						Tarifa	Tipo
1	2058	14/07/2015	14/07/2015	C	53118530	FONSECA CORREA ROCIO	2.436	I
2	2057	14/07/2015	14/07/2015	C	8128246	HERNADEZ MARIN JESUS	2.436	I
3	2056	14/07/2015	14/07/2015	C	1018405549	OSPINA NIÑO TATIANA	2.436	I
4	2055	14/07/2015	14/07/2015	C	1032389736	ZAPATA SANCHEZ GREIS	2.436	I
5	2054	14/07/2015	14/07/2015	C	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA	2.436	I
6	2053	14/07/2015	14/07/2015	C	39759274	CRISTANCHO GOMEZ NELFY	2.436	I
7	2052	14/07/2015	14/07/2015	C	26274520	MARTINEZ PALOMEQUE MARIA	2.436	I
8	2051	14/07/2015	14/07/2015	C	35479150	MURCIA ROMERO SANDRA	2.436	I
9	2050	14/07/2015	14/07/2015	C	1082966975	ALVAREZ REYES MARIA	2.436	I

[illegible]

[illegible] al 3307000

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

2539E0F95FA0889B1FDEDC642DA1E153 Certificado impreso el dia 7/13/2015 9:53:58 AM por el portal de cargue masivos

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Julio 10 de 2015 CDP. No. 1027

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 33.356.666.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1.672,295.767.00
SALDO DE APROPIACION : 1.705,652.433.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: VIVIANA FERNANDA MENESES ROMER.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
CONTRATACION PERSONAL ASISTENCIAL JULIO 2015

POR UN VALOR INICIAL DE : 40.182.333.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 40.182,333.00
CUARENTA MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 33,356.666.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 1,632.113,434.00

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolivar
III Nivel E S E.

Bogota D.C., 2015

Señores
ESCOLSALUD
Oficina de Registro Académico
Dirección
Ciudad

Referencia: Verificación de título profesional, técnico, auxiliar o especialista

Respetuoso saludo.

Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** (profesional, técnico, auxiliar o especialista), según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico Nº 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, con las siguientes caracteristicas:

Nombre del profesional, técnico, auxiliar o especialista	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Titulo otorgado	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Fecha del diploma (o del acta de grado o ambos)	15/12/2000
Documento de Identidad del profesional o técnico	52874854
Observaciones	ACTA 016

Por favor, sírvase dirigir su respuesta a: **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E,**
Marcela Medina Sánchez, email: contratación.hosp.simonbolivar@gmail.com. 6767940 ext. 228

Atentamente,

VIVIANA FERNANDA MENESES ROMERO
GERENTE

FUNCIONARIO / CONTRATISTA	NOMBRE	ÁREA	FIRMA
PROYECTADO POR:	KAREN CASTRO CARREÑO	Contratación	
REVISADO POR:	DRA. SONIA ESMERALDA SANCHEZ R	Sub Gerencia Administrativa	
APROBADO POR:	DRA. VIVIANA FERNANDA MENESES R.	Gerencia	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma de la Gerente			

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AsAG 24 6-2015
CONTRATISTA: GUZMÁN GUTIERREZ DIANA MIREYA CC. 52874854
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 31 DE JULIO DE 2015, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO
VALOR: UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS M/TE. ($1.300.000)

Entre los suscritos a saber, **RAFAEL MAURICIO SOPO SOLANO**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con Cédula de Ciudadanía No.19.499.469, encargado mediante la Resolución No. 219 de 03 de julio de 2015 como Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMÁN GUTIERREZ DIANA MIREYA** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **852874854** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA;** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AdAG – 2484 1027 2015** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con cargo a la disponibilidad presupuestal **No.** , el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que a continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO**: **El objeto del presente contrato es la prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERÍA. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS**: 1) Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales y realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería. 2) Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades. 3) Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo. 4) Ejecución entrega de los pendientes en el cambio de turno. 5) Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos. 6) Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva. 7) Tomas de laboratorio, hemocultivo y administración de hemoderivados. 8) Diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio. 9) Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 10) Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado. 11) Sensibilización en derechos y deberes a los pacientes. 12) Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades. 13) Cumplir con los instructivos de enfermería e la realización de las actividades al usuario y realización los registros de enfermería cumpliendo con la Resolución 1995/99. 14) Presentar informes, solicitudes, peticiones y demás actividades administrativas que se generen. 15) Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional, cumpliendo lo establecido por las instituciones de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 16) Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso. 17) Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 18) Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 19) Cumplimiento de los turnos presenciales o de disponibilidad establecido por la institución de acuerdo a las necesidades del servicio y la oportunidad requerida en la atención y de acuerdo a los cronogramas para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. **CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propios del objeto contractual en ejecución. **b)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento bienes, muebles e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto. **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo

ameriten. **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado. **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes. **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL. **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad. **h)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato. **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio. **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros. **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación. **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere. **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento. **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten. **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades. **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **CLAUSULA CUARTA.- VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS M/TE. ($1.300.000),** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 31 de julio de 2015 contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, -fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por el hospital, quien delega dicha facultad en **LÍDER DE ENFERMERÍA** quien se encargará de: **1)** Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2)** Informar al jefe oficina de contratación cualquier modificación a las condiciones o clausulas contenidas en este contrato. **3)** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **4)** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **5)** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al

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

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 10 JUL. 2013

EL HOSPITAL.

RAFAEL MAURICIO SOPO SOLANO
Subgerente Administrativo (E)

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA.

GUZMÁN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C 52874854

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Julio 10 de 2015 CRP. No. 6145

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO COPIA

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA: U01A COORDINACION MEDICA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1027

LA SUMA INICIAL DE : 2.400.000.00
CON UN REINTEGRO DE : 1.100.000.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.300.000.00
UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS 2464 15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS-2464 15
A NOMBRE DE: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C. o NIT : 52874854
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 10 DIAS DEL MES DE Julio DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO MEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

VALOR REINTEGRADO 1.100.000.00
COPIA Fec-Imp: 2015/08/20 Hor-Imp: 08:28:38 Usu-Imp: admpre Ter: presup3 AAAA/MM: 2015-07 Dep: U01A cppcre 4.1.7 ** REINTEGRADO **

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 2464

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y GUZMÁN GUTIERREZ DIANA MIREYA

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERÍA

FECHA DE INICIO: 10 JUL. 2015

PLAZO DE EJECUCION: 31 DE JULIO DE 2015

VALOR CONTRATO: UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS M/TE. ($1.300.000)

En Bogotá, a los ___ días del mes de julio, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No 2464, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 31 de julio de 2015.

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

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

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Diana Guzmán

EL CONTRATISTA

GC- -2015

Bogotá, D.C.

Doctor (a)
GISELLE HAUZEUR F.
LÍDER DE ENFERMERÍA
HOSPITAL SIMON BOLIVAR NIVEL III E.S.E.
Ciudad

ASUNTO: Designación para supervisión e inicio del contrato de prestación de servicios N°246 4-2015

Saludo cordial.

Comedidamente me permito informarle que ha sido designado como supervisor del contrato de prestación de servicios No. 246 4-2015, suscrito con GUZMÁN GUTIERREZ DIANA MIREYA, con la C.C. No. 52874854 que tiene por objeto AUXILIAR DE ENFERMERÍA, el cual inicia su ejecución a partir del día 10 JUL. 2015.

Es importante mencionar que en desarrollo de la designación, deberá velar por el cumplimiento total de las actividades a desarrollar por el contratista, en general dar cumplimiento a la Resolución No. 0107 de 2015, que establece el Manual de Interventoría y Supervisión de Contratos.

En caso de ausencias temporales o definitivas debe informar de esta designación a su sucesor.

RAFAEL MAURICIO SOPO SOLANO
Subgerente Administrativo (E)

FUNCIONARIO / CONTRATISTA	NOMBRE	ÁREA	FIRMA
PROYECTADO POR:	Lady Correal Dávila	Grupo Funcional de Contratación	
REVISADO POR:	Marly Rocio Castellanos Sanchez	Grupo Funcional de Contratación	
APROBADO POR:	Rafael Mauricio Sopo Solano	Subgerencia Administrativa (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 de la Gerente		

oficio de supervisión

Marly Rocío Castellanos Sánchez
Enviado el: lunes, 31 de agosto de 2015 03:14 p.m.
Para: Giselle Hauseur Forero; Giselle Hauseur Forero
Datos adjuntos: giselle hauzeur-0831201516~1.pdf (54 KB)

Buenas tardes Dra,

Comedidamente estoy remitiendo oficio de asignación de supervisión del contrato No 2481 de 2015, suscrito entre El Hospital Simón Bolívar y Castillo Rodríguez Oscar Eduardo. Lo anterior para su conocimiento.

Cordialmente,

MARLY ROCIO CASTELLANOS SANCHEZ

Abogado - Especializado.

Líder del Grupo Funcional de Contratación.

Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.

39-12

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Diciembre 01 de 2015 CRP. No. **10749**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA: U01A COORDINACION MEDICA

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

CTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1702

LA SUMA INICIAL DE : **1,300,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1,300,000.00**
UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS 2464 15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 2464 15
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : DIANA GUZMAN OPS 2464 15

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ORIGINAL Fec-Imp: 2015/12/02 Hor-Imp: 16:25:29 Usu-Imp: admpre Ter: presup3 AAAA/MM: 2015-12 Dep: U01A cppcre 4.1.7

REPUBLICA DE COLOMBIA

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud

"ESCOLSALUD"

(INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL)

Con Autorizacion Oficial segun Resolucion No. 6181 del 1o. de Noviembre de 1.996 emanada de la Secretaria de Educación de Santafé de Bogota, D.C.

Otorga el presente

CERTIFICADO DE TECNICO LABORAL A

Diana Mireya Guzman Gutierrez

C.C 52'874.454 De Bogota.

COMO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Con Intensidad de 1200 Horas Prácticas

Dirección Escolsalud DIRECTOR

Coordinacion Academica

Anotado Al Acta No.

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

LA FUNDACION
INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

AUTORIZADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 3903 DEL 10 DE NOVIEMBRE DE 1972 Y RATIFICADA POR RESOLUCION No. 7153 DEL 19 DE NOVIEMBRE DE 1998

CONFIERE A

Diana Mireya Guzman Gutierrez

identificado con c.c. 52.874.854 *de* Santafe de Bogotá D.C.

el título de

BACHILLER ACADEMICO

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

PADRE SEBASTIAN ZEINSORN SALEN
RECTOR

TERESA FULIDO CAMACHO
SECRETARIA

Dada en Santafe de Bogotá *a* 26 *de* Noviembre *de 1999.*

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2015-12-14, 05:05:02 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 8876514790

Periodo Cotización: diciembre de 2015 **Periodo Servicio:** diciembre de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8841101250

PAGADO 14/12/2015

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Documento	CC52874854	**Dirección**	CLL 84 B NO 89 A 26
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223294995
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	**Identificación**	CC 52874854
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	IRET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VDT	IRP	Días APO	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C 52874854	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00																		0	30	30	0	(23 1001) COLFONDOS	$ 644.350	$ 103.100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 644.350	$ 80.544	0.000	$ 0	$ 0	(MN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.644

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 644.350	$ 644.350	$ 0	$ 0	$ 103.100	$ 80.544	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.644	$ 400	$ 184.044

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Simón Bolívar	SOLICITUD DE SERVICIO HISTOPATOLÓGICO Y/O CITOLÓGICO	Código: ADT-FO-334-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E
	SERVICIO DE PATOLOGÍA	Versión: 1	

FECHA	CC/TI/PA/CE/RC/NUIP/MS/AS/D	SERVICIO	CENTRO DE COSTOS	CAMA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

TELÉFONOS PACIENTE	EDAD	ASEGURADOR

EXÁMENES ANTERIORES	
DIAGNOSTICO(S) CLÍNICO(S)	
ESPÉCIMEN (ES) ENVIADO (S)	
DATOS CLINICOS	

NOMBRE Y APELLIDO MEDICO TRATANTE	NUMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO

ESPACIO PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA

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

568

NOMBRES Y APELLIDOS DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	No. ORDEN: 2464
CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854	CENTRO DE COSTO:C01A
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA	
DURACIÓN DE LA ORDEN: 3 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica):180
FECHA INICIO: AA 15 MES 05 DIA 15	FECHA TERMINACIÓN: AA15 MES 09 DIA 31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 3.900.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.300.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO			Descontar. 6 horas.
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS			
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS			
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE			
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS			
6	ASISTE A CAPACITACIONES			
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO			

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

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

L. Giselle Hauzeur P.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
C.C. 41.650.745

Diana Guzman
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
52874854

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
41.650.745

Fecha de la certificación: 31-09-15

Folio 18

Umalma. 21-9-15

SERVICIO DE ENFERMERIA
HORA 8:50

21 SEP 2015

MPLE S.A.
w.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2015-09-15, 01:02:51 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 8869146510

Periodo Cotización: septiembre de 2015 Periodo Servicio: septiembre de 2015 Referencia pago (PIN): 8841101280

PAGADO 15/09/2015

S DEL APORTANTE

ocial	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
nto	CC52874854	Dirección	CLL 84 B NO 89 A 26
Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3223294995
sona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
ntante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	Identificación	CC 52874854
liados	1	ARP	NINGUNA ARP

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																								Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante																									Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	MinEd	Aportes Voluntarios	
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00																									(52160) COLFONDOS	$ 644,350	$ 103,100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 644,350	$ 80,544	0.000	$ 0	$ 0	(MINCIS) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183,644

OTALES

	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Sobreposiciones, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 644,350	$ 644,350	$ 0	$ 0	$ 103,100	$ 80,544	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183,644	$ 700	$ 184,344

Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2940 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 66 - Bucaramanga: 643 90 00 - Cartagena: 656 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 86 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Planilla febrero

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

565

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ — No. ORDEN: 2464

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854 — CENTRO DE COSTO: C01A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 2 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180 H

FECHA INICIO: AA:15 MES: 07 DÍA: 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA:15 MES:08 DIA:31

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 2.600.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.300.000

PERIODO DE SUPER VISIÓN: 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2015 — TOTAL HORAS A PAGAR 180H

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE	✓		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS	✓		
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	✓		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE	✓	✓	
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	✓		
6	ASISTE A CAPACITACIONES	✓		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	✓		

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

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

Diana Guzman
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

L. Giselle Hauzeur F.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR 41.650.745

Fecha de la certificación: 31-08-15

SERVICIO DE ENFERMERIA 24 AGO 2015

HORA

Lmolano 24-8-15.

MPLE S.A.
N.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2015-08-25, 10:18:16 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8552911240

Periodo Cotización: agosto de 2015 **Periodo Servicio:** agosto de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8841101250

PAGADO 21/08/2015

S DEL APORTANTE

ocial	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
nto	CC52874854	**Dirección**	CLL 59 N 48E 54 SUR
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7157426
sona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ntante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	**Identificación**	CC 52874854
liados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días IRP	Días PEN	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mintrabajo	Total
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00																	0	30	30	0	0	(230901) COLFONDOS	$ 644.350	$ 103.100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 644.350	$ 80.544	0.000	$ 0	$ 0	(NINGC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.644

OTALES

Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL $$$ INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 644.350	$ 644.350	$ 0	$ 0	$ 103.100	$ 80.544	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.644	$ 1.200	$ 184.844

le Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 656 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 88 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

568

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ — No. ORDEN: 2464

CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 — CENTRO DE COSTO: C01A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 3 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 160 H

FECHA INICIO: AA:15 MES: 07 DIA: 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA:15 MES:10 DIA:30

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 3.900.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.300.000

PERIODO DE SUPER VISIÓN: 01 AL 31 DE OCTUBRE DE 2015 — TOTAL HORAS A PAGAR 180H

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONES
1	ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE	✓		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS	✓		
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	✓		✓
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE	✓		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	✓		
6	ASISTE A CAPACITACIONES	✓		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	✓		

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

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

Diana Mireya Guzman Gutierrez
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Diana Guzman.
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

Fecha de la certificación: 31-10-15

L. Giselle Hauzeur F.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR
Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
C.C. 41.650.745

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
41.650.745.

Lina Maria Lima
Enfermera
C.C. 1.018.461.189
21-10-2015
15:45.

IMPLE S.A.
w.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2015-10-21, 12:19:30 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 8869661950

Periodo Cotización: octubre de 2015 **Periodo Servicio:** octubre de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8841101250

PAGADO 21/10/2015

S DEL APORTANTE

Social	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
ento	CC52874854	**Dirección**	CLL 84 B NO 89 A 26
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223294995
rsona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
entante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	**Identificación**	CC 52874854
filiados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

ALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					To
n	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET x TDE	TAE	TDP	TDE	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días APO	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	T
	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00																0	30	30	0	0	(23100I) COLFONDOS	$ 644.350	$ 103.100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 644.350	$ 80.544	0,000	$ 0	$ 0	(MIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

OTALES

Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 644.350	$ 644.350	$ 0	$ 0	$ 103.100	$ 80.544	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.644	$ 1 200	$ 184.844

de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ADICIÓN No. 003 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2464 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, identificado(a) con la Cédula No. **52874854** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2464 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 2464 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, asi las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2464 de 2015 por el valor de **DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($2.600.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. **SEGUNDA**: Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **1338** de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 2464 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de septiembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
CC. 52874854

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

PRÓRROGA No. 003 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2464 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, identificado(a) con la Cédula No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2464 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 2464 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2464 de 2015 hasta el 30 de noviembre de 2015. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes del contrato N° 2464 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 28 días del mes de septiembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Cédula: 52874854

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

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 30 de 2015 CRP. No. **9482**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA: U01A COORDINACION MEDICA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1338

LA SUMA INICIAL DE : **2,600,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **2,600,000.00**
DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS 2464-15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 2464-15
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52974854**
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Agosto 01 de 2014 CRP. No. 6862

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1194

LA SUMA INICIAL DE : 1,200,000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1,200,000.00
UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS.7.14
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 7.14
A NOMBRE DE: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C. o NIT : 52874854
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA OPS.7.14

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

HOSPITAL [illegible]

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: [illegible] DE 2014

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 192 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS Y APROPIACIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2014 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: AREA MEDICINA INTERNA

CODIGO RUBRO.....: 1141114321030000000001L001
CONCEPTO PRESUPUESTAL.....: 3210305
NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES ESE

APLICA LA DISPONIBILIDAD NRO : 67

LA SUMA INICIAL DE : 1,200,000.00
CON UN VALOR DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1,200,000.00
UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON RELACION AL CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO DE ENTENDIMIENTO OPS.0007-14
SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL Y RESOLUCION OPS 0007-14
A NOMBRE DE: [illegible] DIANA MIREYA
C.C. O NIT : 3209498[illegible]
OBJETO : [illegible] DIANA MIREYA OPS.0007-14

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE ESTA COMO CERTIFICACION DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE MANEJO PRESUPUESTAL.

ORIGINAL Fec-Imp: 2014/05/27 Hor-Imp: 16:34:56 Usu-Imp: admore Ter: presup3 AAAA/MM: 2014-05 Dep: 0114 copere 4.1.7

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Junio 01 de 2014 CRP. No. **4551**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 852

LA SUMA INICIAL DE : **1,200,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1,200,000.00**
UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

007

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS-116-14
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS-116-14
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA OPS-116-14

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

[illegible] ISSUED BY MERRILL LYNCH [illegible]

[illegible]

[illegible]

[

PRORROGA No.1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el Contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía **No 52874854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios **No 0007 - 2014,** previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios profesionales **No 0007 – 2014**, cuyo objeto es "**AUXILIAR DE ENFERMERIA**" del hospital. 2-) De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta los 31 días del mes de marzo del 2014 **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de Enero de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

El Contratista

Diana Guzmán 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista

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

Hospital
Simón Bolívar

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

ADICION No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007– 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA, Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía **No 52874854** hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios **No .0007 – 2014**, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios **N° 0007- 2014** cuyo objeto es prestación de servicios como **"AUXILIAR DE ENFERMERIA"** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOSm/cte ($2400000) m/cte, SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 10 del 01 de Enero de 2014 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de enero de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ

Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán 52874854.

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Contratista

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

ADICION No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 7 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución N° 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta N° 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA ,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 52874854 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No .xxx – 2014, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 7 - 2014 cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS m/cte ($ 1200000), SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No _____de 2014 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de abril de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ

Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

52874854

Contratista

Revisó: Dr. José Henry Orozco Martinez.

PRORROGA No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 7– 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No **7 - 2014**, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° **7– 2014**, cuyo objeto es Prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** del hospital. 2-) De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 30 de abril de 2014. **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de marzo de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista 52874854

Revisó: Dr. José Henry Orozco Martinez.

ADICION No. 2 y PRORROGA No. 2 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución N° 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el dia 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta N° 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **52874854** hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No 0007– 2014, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0007 - 2014 cuyo objeto es prestación de servicios como **"AUXILIAR DE ENFERMERIA"** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **Un millón doscientos mil pesos m/cte ($1200000). SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No_____ de 2014 Expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**; **TERCERA:** Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta los 30 días del mes de Abril 2014. **CUARTA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de Marzo de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ

Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

52874854

Contratista

Elaboró: Lady Yadira Correal Dávila

Revisó: José Henry Orozco Martínez

ADICION No. 2 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 7 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA** , Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 52874854 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No 7– 2014, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 7- 2014 cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS m/cte ($ 1200000), SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No _____de 2014 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de mayo de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ

Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
52874854

Contratista

Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

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

PRORROGA No. 2 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 7 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No **7 - 2014**, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° **7 – 2014**, cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**del hospital. 2-) De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 31 de mayo de 2014. **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de abril de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman 52874854

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista

Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

ADICION No. 3 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución N° 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta N° 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA ,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 52874854 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No 0007 – 2014, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0007 - 2014 cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS m/cte ($ 1200000), SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No _____de 2014 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de Junio de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa
Elaboro: Jose Miguel Gomez M

Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

EL CONTRATISTA

Diana Guzman

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista 52874854

PRORROGA No. 3 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA** , identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No **0007 - 2014**, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° **0007 – 2014**, cuyo objeto es Prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** del hospital. 2-) De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 30 de Junio de 2014. **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de Mayo de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Elaboro: Jose Miguel Gomez M

Revisó: Dr. José Henry Orozco Martinez

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista
52874854

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

PRORROGA No. 4 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No **0007- 2014**, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° **0007– 2014**, cuyo objeto es Prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** del hospital. 2-) De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 31 de Julio de 2014. **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de Junio de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista 52874854

Elaboro: Jose Miguel Gomez M
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martinez.

ADICION No. 4 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 52874854 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No 0007– 2014, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0007- 2014 cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS m/cte ($ 1200000), SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No _____de 2014 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de Julio de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
52874854
Contratista

Elaboro: Jose Miguel Gomez M
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martinez.

PRORROGA No. 5 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber, RAFAEL MAURICIO SOPO SOLANO, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con Cédula de Ciudadanía No.19.499.469 de Bogotá, nombrado mediante Resolucion No. 0334 del 24 de Julio de 2014,como Subgerente Administrativo en Encargo del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra ,GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 52874854, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No 0007 2014, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0007– 2014, cuyo objeto es Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA del hospital. 2-) De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 31 de Agosto de 2014. **SEGUNDA**: Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de Julio de 2014.

EL HOSPITAL

RAFAEL MAURICIO SOPO SOLANO
Subgerente Administrativo (E).

EL CONTRATISTA

Diana Guzman 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista

Elaboro: Jose Miguel Gomez M
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez

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

ADICION No. 5 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y 'GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber, RAFAEL MAURICIO SOPO SOLANO, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con Cédula de Ciudadanía No.19.499.469 de Bogotá, nombrado mediante Resolucion No. 0334 del 24 de Julio de 2014,como Subgerente Administrativo en Encargo del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestacion de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA ,** Identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No 52874854 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No 0007– 2014, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0007- 2014 cuyo objeto es prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA del hospital. **2-)** De conformidad con el Acuerdo 012 del 2013 (Manual Interno de Contratación) ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS m/cte ($1200000), SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No _____de 2014 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de Agosto de 2014.

EL HOSPITAL

RAFAEL MAURICIO SOPO SOLANO
Subgerente Administrativo (E).
Elaboro: Jose Miguel Gomez M
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán 52874854

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista

PRORROGA No. 6 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007– 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA.

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No 52874854, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No 0007 - 2014, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0007 – 2014, cuyo objeto es Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIAdel hospital. 2-) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 30 de Septiembre de 2014. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de Agosto de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ

Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Contratista.

Elaboró: José Miguel Gómez M

Revisó: Dr. José Henry Orozco Martinez.

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

ADICION No. 6 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA.

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No 52874854 hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No 0007– 2014, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0007- 2014 cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** del hospital. **2-)** De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS** m/cte **($ 1200000). SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No _____de 2014 expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de Septiembre de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman.

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista.

Elaboro: José Miguel Gómez M

Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

PRORROGA No. 7 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA** , identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No 52874854, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios No 0007- 2014, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0007– 2014, cuyo objeto es Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA del hospital. 2-) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 31 de Octubre de 2014. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de Septiembre de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán
51674852

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista.

Elaboró: Verónica Espitia P.
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

ADICION No. 7 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA** , identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios No 0007– 2014, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0007-2014 cuyo objeto es prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA del hospital. **2-)** De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS m/cte **($1200000). SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No _____de 2014 expedida por la Sugerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de Octubre de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
52814 BSC.
Contratista.

Elaboro: Verónica Espitia P.
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

PRORROGA No. 8 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA** , identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No **52874854**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al contrato de prestación de servicios N° 0007- 2014, previa las siguientes consideraciones: 1-) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0007– 2014, cuyo objeto es Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA del hospital. 2-) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prorroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. 3-) Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios hasta el 31 de Diciembre de 2014. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de Octubre de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzmán 52874854

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista.

Elaboró: Verónica Espitia P.
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

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

ADICION No. 8 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 0007 – 2014 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA** , identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No **52874854** hemos acordado celebrar la presente adición al contrato de prestación de servicios N° 0007– 2014, previa las siguientes consideraciones: **1-)** Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 0007-2014 cuyo objeto es prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA del hospital. **2-)** De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de Prestación de Servicios. **3-)** Que la Ordenadora del Gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta Adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden en DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS m/cte **($2400000),** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad**. SEGUNDA**: Esta Adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No _____de 2014 expedida por la Sugerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de Noviembre de 2014.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

Diana Guzman 52874854

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Contratista.

Elaboro: Verónica Espitia P.
Revisó: Dr. José Henry Orozco Martínez.

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

NOMBRES Y APELLIDOS: **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ** No. ORDEN : **007**

CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 CENTRO DE COSTO: B01A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 5 MESES TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES

FECHA INICIO: 01-01-14 FECHA TERMINACIÓN: 31-05-14

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 6.000.000 VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1 AL 31 DE MAYO 2014 TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO Y ENTREGO TURNO, REALIZO CONTROL DE SIGNOS VITALES.	X		
2	REALIZO NOTAS DE ENFERMERIA Y CANALIZO VENAS, TOMO GLUCOMETRIAS.	X		
3	TOMO MUESTRAS DE LABORATORIOS, CAMBIO DE POSICION A LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN.	X		
4	BAÑO PAQCIENTES QUE VAN A CUALQUIER PROCEDIMIENTO, PASO DE SONDAS VESICALES Y SONDAS NASOGASTRICAS.	X		
5	REALIZO TRANSFUSIONES A PACIENTES QUE LO REQUIERAN POR ORDEN MEDICA, REALIZO CURACIONES.	X		
6	SUBO PACIENTES A PISO, REALIZO LAS HOJAS DE ESCARAS Y RIESGO DE CAIDAS DE PACIENTES.	X		
7	CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL MANEJO DE RIESGOS HOSPITALARIOS.	X		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

María Cristina Ruiz C.
CC. 39.681.065
RUN: 03895

Diana Mireya Guzman G.

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52874854 DE BOGOTA

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 31 MAYO de 2014

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

SIMPLE
Sistema Integrado Nacional de Pagos Electrónicos

Sistema Integrado de

DATOS PLANILLA

No. Planilla	28669499		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2014	05	16
Periodo pago de salud	2014	05	
Periodo pago de pensiones	2014	05	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ				Tipo
No. Documento	CC 52874854	Dirección	CLL 59 N 48E 54 SUR		
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ		
Activ. Económica	0081	Correo Electrónico	DIANAGUZ.0305@HOTMAIL.COM	Valor Nomina	
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia			

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado								Novedades															Valor IBC								
No.	Tipo	Numero Docum	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CORRECCIONES	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Nueva AFP	Nueva EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	T.P.	Cot. Pensiones	
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	231001	EPS005																		00			616,000	616,000	0	0	0	M	M	98,600	

TOTAL GENERAL
176,000

Línea de atención: Planilla Electrónica Bogotá 349

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

517

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	No. ORDEN : 007
CÉDULA DE CIUDADANIA: 52874854	CENTRO DE COSTO: B01A
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA	
DURACIÓN DE LA ORDEN: 12 meses	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 2014-01-01	FECHA TERMINACIÓN: 2014-12-31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 14400000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000
PERIODO DE SUPERVISION: 1al 31 DICIEMBRE 2014	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrego de turno, notas de enfermeria.	✓		NO cumplimiento actividades en turno
2	Control de signos vitales.	✓		12 horas
3	canalizo venas, toma de glucometrias.	✓		Descanta 27 horas.
4	Baño de pacientes que van para salas de cirugía, paso de sondas vesicales y sondas nasogastrica	✓		(27 horas + 12h Total 39h ✓
5	cambio de posición a los pacientes que lo requieran.	✓		NO cumple con el Recibo y entrega de turno realizado 6:00 am.
6	Realización de transfusiones por orden médica.	✓		
7	Cumplir con las normas de bioseguridad en el manejo de residuos hospitalarios.	✓		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Blanca Forero
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52874854

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA COERTIFICACIÓN 31-12-2014

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2014-11-21, 08:27:49 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8834393332

Periodo Cotización: noviembre de 2014 **Periodo Servicio:** noviembre de 2014 **Referencia pago (PIN):** 8829288662

PAGADO 21/11/2014 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Documento	CC52874854	**Dirección**	CLL 59 N 48E 54 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7157426
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	**Identificación**	CC 52874854
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 52874854	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	09	00																		0	30	30	0	(23)001) COLFONDOS	$ 616.000	$ 98.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 616.000	$ 77.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 175.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 616.000	$ 616.000	$ 0	$ 0	$ 98.600	$ 77.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 175.600	$ 1.100	$ 176.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

512

NOMBRES Y APELLIDOS: **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ** No. ORDEN : **007**

CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 CENTRO DE COSTO:B01A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE SERVIOS DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 11 MESES TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica):12 H/ DIA – 180 H /MES

FECHA INICIO: 01-ENERO-2014 FECHA TERMINACIÓN: 30-NOVIEMBRE-2014

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 13.200.000 VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01-11-14 A 30-11-14 TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO.	✓		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS.		✓	descontar 36 horas
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS. ADVERSOS	✓		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERIA OPORTUNAMENTE.	✓		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.	✓		
6	ASISTE A CAPACITACIONES.	✓		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.	✓		

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

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

DIANA MIRAYA GUZMAN GUTIERREZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Diana Guzmán
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52874854 BTA.

Norma Cristina Ruiz Contreras
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR
María Cristina Ruiz C.
CC. 39.681.065
RUN: 03495
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: 30 DE NOVIEMBRE DE 2014.

iMPLE S.A.
ww.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2014-12-05, 08:13:07 AM | Tipo Planilla: E PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 8837431732

Periodo Cotización: diciembre de 2014 | Periodo Servicio: diciembre de 2014 | Referencia pago (PIN): 8829288652

PAGADO 05/12/2014 EN HORARIO EXTENDIDO

OS DEL APORTANTE

Social	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
ento	CC52874054	Dirección	CLL 59 N 48E 54 SUR
Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7157426
isoria	NATURAL	Forma Presentación	UNICO
	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
entante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	Identificación	CC 52874054
Ilicados	1	ARP	NINGUNA ARP

ALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APH	Días ING	Días RET	Días CGF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mín Educación
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00																		0	30	0	0	(230601) COLFONDOS	$ 616.000	$ 88.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 616.000	$ 77.000	0.000	$ 0	$ 0	(PIN CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

OTALES

Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Mín Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL PAGAR
$ 616.000	$ 616.000	$ 0	$ 0	$ 88.600	$ 77.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 176.600	$ 0	$ 176.600

Servicio PagoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 9515 - Medellín: 514 68 59 - Bucaramanga: 643 80 03 - Cartagena: 655 30 65 - Pereira: 312 93 00 - Barranquilla: 361 88 58 - Resto del País: 018000 971 974 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese de que sea realmente necesario. Protegor el medio ambiente está en nuestras manos.

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

NOMBRES Y APELLIDOS: **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ**	No. ORDEN : **007**
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854	CENTRO DE COSTO: B01A
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE SERVIOS DE ENFERMERIA	
DURACIÓN DE LA ORDEN: 8 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica):12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-ENERO-2014	FECHA TERMINACIÓN: 31-AGOSTO-2014
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 9.600.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01-08-14 A 31-08-14	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO.	X		No cumplio con las actividades
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS.	X		durante 3 turnos de 12 horas.
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS. ADVERSOS	X		DESCANSAR 30 H
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERIA OPORTUNAMENTE.	X		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.	X		
6	ASISTE A CAPACITACIONES.	X		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.	X		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Diana Guzman
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52874854 BTA.

Norma Cristina Ruiz
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR
María Cristina Ruiz
CC. 39.681.085
RUN: 0[illegible]
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: 31 DE AGOSTO DE 2014.

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	27674116		
Tipo Planilla	1		
Fecha de pago	2014	08	11
Periodo pago de salud	2014	08	
Periodo pago de pensiones	2014	08	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa	Privada	Clase Aportante	A B I X
No. Documento	CC 52874854	Dirección	CLL 59 N 48E 54 SUR	Fax	3204448976	No. de Afiliados	1
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C		
Activ. Económica	0081	Correo Electrónico	DIANAGUZ.0305@HOTMAIL.COM	Valor Nomina	175,600	Centro de trabajo	
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia				Código	

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado							Novedades														Valor IBC						Liquidación de Aportes							
No.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF	Cant	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	INC	LNR	VAC	Ing	Ret	Tda AFP	Nueva EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Tarifa Aportes	Aporte Voluntario	Aporte Fondo Solidaridad	Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Subsis. Subsistencia	Aporte Voluntario Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	231001	EPS005																			00		616,000	616,000	0	0	0	N	N	98,600	0	0	0	77,000	0	0	0

TOTAL GENERAL

175,600

Línea de atención: Planilla Electrónica Bogotá 3412949 Cel: 3140515 y Planilla asistida Bogotá 4444824 Cel: 3140577

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

NOMBRES Y APELLIDOS: **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ** No. ORDEN : **007**

CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 CENTRO DE COSTO: B01A

OBJETO DE LA ORDEN: Auxiliar de Enfermería

DURACIÓN DE LA ORDEN: 4 meses TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES

FECHA INICIO: 2014-04-01 FECHA TERMINACIÓN: 2014-04-30

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 4.800.000 VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1 al 30 abril 2014 TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno	X		
2	Cumple con los turnos asignados	X		
3	Brinda cuidado integral del paciente y reporta eventos adversos	X		
4	Hace registro de enfermería oportunamente	X		
5	Cumple con las actividades asignadas	X		
6	Asiste a capacitaciones	X		
7	Maneja la comunicación asertiva con el cliente interno y externo.	X		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

María Cristina Ruiz C.
CC. 39.681.065
RUN: 03895

Diana Guzman

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52874854

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 01-04-2014 al 30-04-2014

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

SIMPLE

Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electronicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	30119197		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2014	04	10
Periodo pago de salud	2014	04	
Periodo pago de pensiones	2014	04	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa	Clase Aportante A
No. Documento	CC 52674854	Dirección	CLL 59 N 48E 54 SUR	Fax	3204448976 No. de Afiliados 1
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTA	Departamento	Bogotá D.C
Actv. Económica	0081	Correo Electrónico	DIANAMRZ.0305@HOTMAIL.COM	Valor Nominal	176,500 Centro de trabajo
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia			Código

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Tipo	Número Datos	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod Ciu	Cod ARP	Cot Ext	Novedades	Nuevo AFP	Nuevo EPS	Valor IBC					Liquidación de Aportes							
											IBC Pension	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja		Cot Pension	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Subsist.	Aporte Solidar. Pensión	Cot Salud	UPC Adicional	Cot ARP	Cot CCF
1	CC	52674854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	230301	05005						616,000	616,000	0	0	0	29,609	0	0	0	77,000	0	0	0

TOTAL GENERAL

176,500

Línea de Atención: Planilla Electrónica Bogotá 3132400 Cali 3968787 y Planilla Asistida Bogotá 4440004 Cali 5542222

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL 476

FECHA DE EXPEDICION: Abril 01 de 2014 CRP. No. 22354

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 192 DE 2007. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2014 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

CODIGO RUBRO.....: 1141111432103000000,00105001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210305
NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 577

LA SUMA INICIAL DE : 1,200,000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1,200,000.00
UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS.0007-1
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 0007-14
A NOMBRE DE: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C. o NIT : 52074854
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA OPS.0007-14

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ORIGINAL Fec-Isp: 2014/03/07 Hor-Isp: 16:16:29 Usu-Isp: adspre Ter: presup3 AAAA/MM: 2014-04 Dep: A11A cppcre 4.1.7

285

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

NOMBRES Y APELLIDOS: **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ**	No. ORDEN : **007**
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854	CENTRO DE COSTO:B01A
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE SERVIOS DE ENFERMERIA	
DURACIÓN DE LA ORDEN: 6 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica):12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-ENERO-2014	FECHA TERMINACIÓN: 30-JUNIO-2014
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 7.200.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01-06-14 A 30-06-14	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO.	X		Descanter 13 turnos de 12 horas por Incapacidad
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS.	X		
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS. ADVERSOS	X		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERIA OPORTUNAMENTE.	X		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.	X		
6	ASISTE A CAPACITACIONES.	X		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.	X		

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

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

DIANA MIRAYA GUZMAN GUTIERREZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

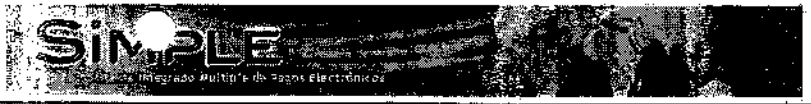
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52874854 BTA.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR
María Cristina Ruiz C.
CC. 39.681.065
RUN: 03895

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: 30 DE JUNIO DE 2014.

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA



Sistema Integrado Multiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	2700004868		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2014	06	12
Periodo pago de salud	2014	06	
Periodo pago de pensiones	2014	06	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		Tipo Empresa	Privada	Clase Aportante
Nro. Documento	CC 52874854	Dirección	CLL 59 N 48E 54 SUR	Fax	3204448976
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C
Activ. Económica	0081	Correo Electrónico	DIANAGUZ.0305@HOTMAIL.COM	Valor Nomina	175,600
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia		Código	

LIQUIDACIÓN PLANILLA DE APORTES

Datos del afiliado							Novedades															Valor IBC					Liquidación de Aportes							
No.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SUSPENSION	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Nueva AFP	Nueva EPS	IBC Pension	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Voluntario	Aporte Solidaridad	Aporte Subsistencia	Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Solid. Subsistencia	Aporte Fdo. Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	231001	EPS005	1																	00			616,000	616,000	0	0	0	N	N	98,600	0	0	0	77,000	0	0	0

TOTAL GENERAL

175,600

Línea de atención: Planilla Electrónica Bogotá 3432949 Cali 3540577 y Planilla asistida Bogotá 3244914 Cali 3540577

308

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

81

NOMBRES Y APELLIDOS: **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ**	No. ORDEN : **007**
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854	CENTRO DE COSTO:B01A
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE SERVIOS DE ENFERMERIA	
DURACIÓN DE LA ORDEN: 10 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica):12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-ENERO-2014	FECHA TERMINACIÓN: 31-OCTUBRE-2014
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 12.000.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01-10-14 A 31-10-14	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO.		✓	No cumplio con sus actividades en 3 turnos
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS.		✓	de 180 horas. No cumple con el
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS. ADVERSOS	✓		entrega turno.
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERIA OPORTUNAMENTE.	✓		descontar 36 horas.
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.	✓		
6	ASISTE A CAPACITACIONES.		✓	
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.	✓		

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

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

DIANA MIRAYA GUZMAN GUTIERREZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Diana Roman.
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52874854 BTA.

Norma Catalina Rey Castañeda
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

María Cristina Ruiz C.
CC. 39.681.065
RUN: 03895
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: 31 DE OCTUBRE DE 2014.

SERVICIO DE ENFERMERIA
HORA 8:30am 29 OCT 2014

Recibido 29-10-14

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2014-10-20, 03:44:23 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2014
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2014
Empresa	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 52874854
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8829288662 / 8831285872
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	29288662
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 177.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	190.25.231.6

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800227940	231001	COLFONDOS	1	$ 98.600	$ 800
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$ 77.000	$ 600
			SubTotales:	$ 175.600	$ 1.400
			Total a Pagar:		$ 177.000

Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 554 05 77 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

gúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Clave 4884

Líneas de Servicio FonoSIMPLE.

Antes de imprimir, ase.

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

ECHA DE EXPEDICION: Octubre 29 de 2014 CRP. No. **8916**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

EPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

ODIGO RUBRO.....: **11411143210300000000105001**
ODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
OMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB**

FEC , LA DISPONIBILIDAD NRO : 1562

A SUMA INICIAL DE : **3,600,000.00**
ON UN REINTEGRO DE : **.00**
ARA UN VALOR ACTUAL DE : **3,600,000.00**
TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

ON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS.7/14
UMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 07/14
NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
.C. o NIT : **52874854**
BJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA OPS.07/14

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

LVARO WILLIAM PARDO NEIRA
ESPONSABLE PRESUPUESTO

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

510

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

NOMBRES Y APELLIDOS: **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ**	No. ORDEN : **007**
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854	CENTRO DE COSTO: B01A
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE SERVIOS DE ENFERMERIA	
DURACIÓN DE LA ORDEN: 9 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica):12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-ENERO-2014	FECHA TERMINACIÓN: 30-SETIEMBRE-2014
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 10.800.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01-09-14 A 30-09-14	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO.	X		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS.	X		
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS. ADVERSOS	X		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERIA OPORTUNAMENTE.	X		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.	X		
6	ASISTE A CAPACITACIONES.	X		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.	X		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzmán
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52874854 BTA.

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: 30 DE SETIEMBRE DE 2014.

recibi 5 Sep 2014

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2014-09-23, 04:02:59 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2014
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2014
Empresa	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 52874854
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8829288662 / 8831186992
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	29288662
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 177.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	190.131.201.28

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor de Mora	Total Intereses Mora
N800227940	231001	COLFONDOS	1	$ 98.600	$ 1.000
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$ 77.000	$ 800

SubTotales:	$ 175.600	$ 1.800
Total a Pagar:		$ 177.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 554 05 77 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 30 de 2014 CRP. No. 63233

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 175 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2014 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: ALLA MEDICINA INTERNA

CODIGO RUBRO.....: 1141114321030000000000103001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210305
NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES NSD

A(CTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1390

LA SUMA INICIAL DE : 1,200,000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1,200,000.00
UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS.007/14
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 007/14
A NOMBRE DE: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C. o NIT : 52874894
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA OPS.7/14

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 30 DIAS DEL MES DE Septiembre DE 2014.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

277

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

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ — No. ORDEN: 007
CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854 — CENTRO DE COSTO: **B01A**
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA
DURACIÓN DE LA ORDEN: 7 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180
FECHA INICIO: 2014-01-01 — FECHA TERMINACIÓN: 2014-07-31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 8´400.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 1´200.00
PERIODO DE SUPERVISIÓN: DEL 01 AL 31 07 – 14 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO	x		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS	x		
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	x		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE	x		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	x		
6	ASISTE A CAPACITACIONES	x		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	x		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Yenny Astrid Ruiz C.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

CC. 39.681.065
RUN. 03895

Diana Guzman.
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC 52874854

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES - DETALLADA

SIMPLE
Sistema Integrado Multiple de Pagos Electrónicos

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	27303372		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2014	07	22
Periodo pago de salud	2014	07	
Periodo pago de pensiones	2014	07	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		Tipo Empresa	Privada	Clase Aportante A B C X
No. Documento	CC 52874854	Dirección	CLL 59 N 48E 54 SUR	Fax	3204448976	No. de Afiliados	1
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C		
Activ. Económica	0081	Correo Electrónico	DIANAGUZ.0305@HOTMAIL.COM	Valor Nomina	177,300	Centro de trabajo	
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia		Código			

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Datos del Afiliado							Novedades																Valor IBC						Liquidación de Aportes							
Sec.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cod. AFP	Cod. ARP	Cod. CCF													Nueva AFP	Nueva EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Parafisc.				Cot. Pensión	Fondo Solid. Pensión	Fondo Solid. Subsistm.	Aporte Volunt. Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Tot. ARP	Tot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	23001	EPS005														00		616,000	616,000	0	0	0	N	N	98,600	0	0	0	77,000	0	0	

TOTAL GENERAL

177,300

Línea de atención: Planilla Electrónica Bogotá 3132649 Cali 3540577 y Planilla asistida Bogotá 4446671 Cali 5540577

227

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

96

NOMBRES Y APELLIDOS: **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ**	No. ORDEN : **007**
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854	CENTRO DE COSTO: B01A
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE SERVIOS DE ENFERMERIA	
DURACIÓN DE LA ORDEN: 3 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica):12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-ENERO-2014	FECHA TERMINACIÓN: 31-MARZO-2014
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 3.600.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01-03-14 A 31-03-14	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO.	X		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS.	X		
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS. ADVERSOS	X		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERIA OPORTUNAMENTE.	X		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.	X		
6	ASISTE A CAPACITACIONES.	X		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.	X		

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

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

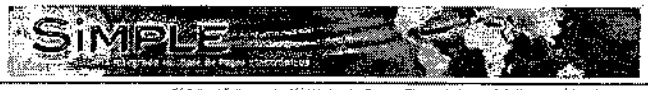
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Diana Guzmán
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52874854 BTA.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR
María Cristina Ruiz C.
CC. 39.681.065
RUN: 03895
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: 31 DE MARZO DE 2014.

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA



Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	7580702		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2014	03	25
Periodo pago de salud	2014	03	
Periodo pago de pensiones	2014	03	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa	Clase Aportante A B I X
No. Documento	CC 52874854	Dirección	CLL 59 N 48E 54 SUR	Fax	3204448576
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTA	Departamento	Bogotá D.C
Actv. Económica	0081	Correo Electrónico	DIANAGRIZ.0305@HOTMAIL.COM	Valor Nomina	177,400
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia		Código	

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Datos del afiliado							Novedades												Valor IBC					Liquidación de Aportes									
No.	Tipo	Número Docum.	Apellidos y Nombres	Cód AFP	Cod Ccf	Cod ARP	Cod CCF	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	Número AFP	Nueva EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Días Cotiz.	Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Salud. Subsistm.	Aporte Fondo Pensiones	Cot. Salud	Cot. Riesgos	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	231003	EPS005																	616,000	616,000	0	0	0	N	59,400	0	0	0	77,000	0	0	0

TOTAL GENERAL

177,400

Línea de atención Planilla Electrónica Bogotá 3632949 Cel: 3140515 y Planilla asistida Bogotá 3445577 Cel: 3045777

Original 227

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

NOMBRES Y APELLIDOS: **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ**	No. ORDEN : **007**
CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854	CENTRO DE COSTO: B01A
OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE SERVIOS DE ENFERMERIA	
DURACIÓN DE LA ORDEN: 3 MESES	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES
FECHA INICIO: 01-ENERO-2014	FECHA TERMINACIÓN: 31-MARZO-2014
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 3.600.000	VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.200.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01-02-14 A 28-02-14	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO.			Descontar 24 hs
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS.			
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS. ADVERSOS			
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERIA OPORTUNAMENTE.			
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.			
6	ASISTE A CAPACITACIONES.			
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.			

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

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

Astrid Arrunategui
Enfermera Especialista
CC. 51.598.820

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzmán

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC. 52874854 BTA.

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

51598820

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES - DETALLADA

Sistema Integrado Multiple de Pagos Electronicos - www.pagosimple.com

DATOS PLANILLA

No. Planilla	42001		
Tipo Planilla	I		
Fecha de pago	2014	02	17
Periodo pago de salud	2014	02	
Periodo pago de pensiones	2014	02	

DATOS APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ			Tipo Empresa	Clase Aportante X
No. Documento	CC 52874854	Dirección	CLL 59 N 48E 54 SUR	Fax 3204448976	No. de Afiliados 1
Teléfono	7157426	Ciudad / Municipio	BOGOTÁ	Departamento	Bogotá D.C
Actv. Económica	0081	Correo Electrónico	DIANAGUZ.0305@HOTMAIL.COM	Valor Nomina 176,300	Centro de trabajo
Tipo Presentación	Unico	Sucursal / dependencia			Código

Detalle del Planilla

Datos del afiliado							Novedades																			Valor IBC						Liquidación de Aportes							
No.	Tipo	Número Documento	Apellidos y Nombres	Cod AFP	Cod EPS	Cod ARP	Cod CCF	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Correcciones	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Nueva AFP	Nueva EPS	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Suspensión Temporal	Aportante Exonerado	Cot. Pensión	Fondo Solidar. Pensión	Fondo Solid. Subsistem.	Aporte Voluntario Pensión	Cot. Salud	UPC Adicional	Cot. ARP	Cot. CCF
1	CC	52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	231001	EPS005																			00		616,000	616,000	0	0	N	N	98,600	0	0	0	77,000	0	0	0

TOTAL GENERAL
176,300

35

Lineas de atención: Planilla Electrónica Bogotá 3432949 Cali 5540515 y Planilla Asistida Bogotá 4444634 Cali 5540577

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

228

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzmán Gutiérrez — No. ORDEN : 0007

CÉDULA DE CIUDADANIA No: 52874854 — CENTRO DE COSTO: B01A

OBJETO DE LA ORDEN: auxiliar de enfermería

DURACIÓN DE LA ORDEN:1 meses — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 12 H/ DIA – 180 H /MES

FECHA INICIO: 01-01-2014 — FECHA TERMINACIÓN: 30 -06-2013

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 7.200.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES:1.200.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01.01.2014 al 31.01.14 — TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Recibo y entrega de turno , notas de enfermería, balances de líquidos	✓		
2	Arreglo de paciente canalizaciones , curaciones , trasfusiones ;glucometría	✓		
3	Toma de laboratorios ,paso de sondas vesical paso de sondas nasogástricas	✓		
4	Cambios de posición , asistencia del paciente	✓		
5	Lubricación de piel , cambio de pañal ,mezclas de líquidos ,	✓		
6	Arreglo de salas ,custodias de historias	✓		
7	Traslado de pacientes ,baño de pacientes , cumplir las normas de bioseguridad en el manejo de los residuos hospitalarios	✓		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

J. Giselle Hoover

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzmán

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

CC. 52.874854 Bogota

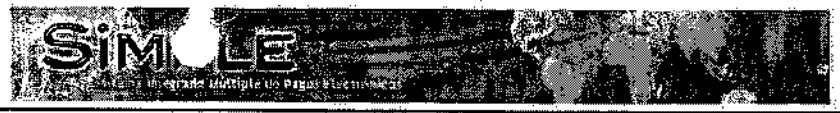
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

41.650.745

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN 31 de enero de 2014

34

COMPROBANTE DE PAGO POR EMPLEADO POR ADMINISTRADORA



Sistema Integrado Multiple de Pagos Electrónicos - WWW.pagosimple.com

EMPRESA APORTANTE

Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
No. de Documento	52874854
Tipo Aportante	2. INDEPENDIENTE

DATOS AFILIADO

Nombres y Apellidos	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Tipo de Identificación	CC	No. de Documento	52874854

DATOS PLANILLA

Periodo pago	Desde	2014	01
	Hasta	2014	01

DETALLE DE APORTANTE

Datos de Administradora			Novedades																	
Código	NIT	Nombre Administradora	Ingreso	Retiro	TDE	TAE	TDF	TAF	SLN	IGE	LMA	VSP	VST	SLE	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Valor Aporte	Periodo de Aporte	Número Planilla
231001	8002279406	AFP OBLIGATORIAS COLFONDOS																		00	94,320	01/2014	24238163
EPS005	8002514406	E.P.S. SANITAS S.A.																		00	73,700	01/2014	24238163

El presente se expide a los 18 días, del mes 1 de 2014

33

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.0007.

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

OBJETO: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO "AUXILIAR DE ENFERMERIA".

FECHA DE INICIO: 1 ENERO 2014.

PLAZO DE EJECUCION: 01 DE ENERO DE 2014.

VALOR CONTRATO: $ 1.200.000

En Bogotá, a los 01 de Enero 2014, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No.0007, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse a mas tardar el 31 de Enero de 2014.

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

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

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Diana Guzman.

EL CONTRATISTA

32

CLASE DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
CONTRATO Nº: 0007 – AsAG – 2014.
CONTRATISTA: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA CC. 52874854
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 31 DE ENERO DE 2014 CONTADOS A PARTIR DEL 01 DE ENERO DE 2014.
VALOR: ($1.200.000.oo), Un millón doscientos mil pesos –m/te
SUPERVISOR: Líder del área de enfermería

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolucion No. 0165 DEL 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personeria Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestacion de servicios de apoyo a la gestion de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E**, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**,por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **52874854** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA**, quien declara **BAJO JURAMENTO,** no encontrarse dentro de los causales de INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD consagradas en la Constitución y la Ley, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 0007-AsAG-2013,** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con certificado de disponibilidad presupuestal **No.** 10 de 2014, el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolivar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolivar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.-OBJETO:** Contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión como **"AUXILIAR DE ENFERMERIA". CLAUSULA SEGUNDA.- Actividades o Eventos: 1)** Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales y realizando las anotaciones respectivas en los en registros enfermería. **2)** Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades. **3)** Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo. **4)** Ejecución entrega de los pendientes en el cambio de turno. **5)** Revisión y envió a farmacia de las ordenes de medicamentos. **6)** Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva. **6)** Tomas de laboratorio, hemocultivo y administración hemoderivados. **7)** diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio. **8)** Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado. **9)** sensibilización en derechos y deberes a los pacientes, **10)** Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades. **11)** Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario y realización de los registros de enfermería cumpliendo con la Resolución 1995/99. **12)** Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen. **13)** Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional, cumplimiento de lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. **14)**

Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso. **15)** Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. **16)** Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. **CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES: A) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propias del objeto contractual en ejecución; **b)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento los equipos de su especialidad o bienes e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto; **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten; **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes se requieran en cumplimiento del objeto contratado; **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes; **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL; **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad, **h)**. Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio; **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato; **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio; **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros; **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación; **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere; **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento; **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten, o) Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **B) Del Hospital:** 1. Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor de actividades; **2.**Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **3.** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **4.** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **5.** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:**- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **CLAUSULA CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **($1.200.000.oo)**, Un millón doscientos mil pesos -m/te de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social y riesgos profesionales, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- TERMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 31 de enero de 2014 contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLAUSULA SEXTA.- TÉRMINO DE DURACIÓN DEL CONTRATO:** El contrato tendrá como duración el término de ejecución y un mes más contados a partir de la fecha de legalización. **CLÁUSULA SÉPTIMA.- LIQUIDACIÓN:** Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA OCTAVA.- SUPERVISIÓN.** Será ejercida por el Líder del área de enfermería, quien se encargará de: **1.**Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2.** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **3.** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **4.** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA NOVENA.- CADUCIDAD:** EL HOSPITAL, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del

incumplimiento del contratista. **CLAUSULA DÉCIMA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2°, inciso 2°, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA:** En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- CESIÓN:** El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA:** Por tratarse de un contrato de prestación de servicios regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, **EL CONTRATISTA** actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO**: Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: 1. Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad 2. Certificado de disponibilidad presupuestal 3. Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA 4. Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales 5. Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales) 6. Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION:** El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

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

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Elaboró: Dr, José Henry Orozco Martínez

EL CONTRATISTA

Diana Guzman

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C. 52874854

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 01 de 2014 CRP. No. **60**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA: A11A MEDICINA INTERNA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 10

LA SUMA INICIAL DE : **3,600,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **3,600,000.00**
TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

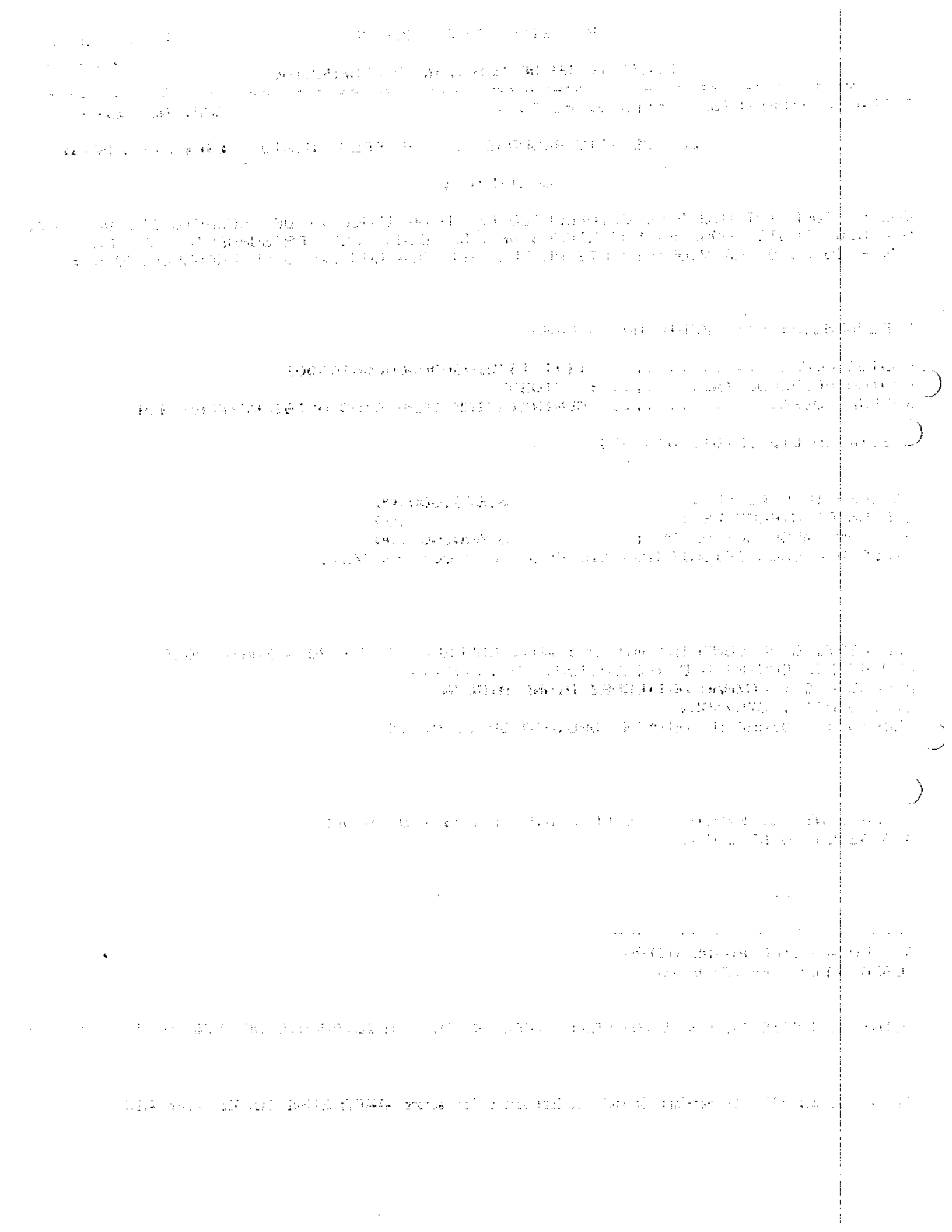
CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX. ENFERMERIA ENERO A MARZO 2014
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS.0007/14
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : DIANA M. GUZMAN DPO.010 OPS.0007/14

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ORIGINAL Fec-Imp: 2014/01/09 Hor-Imp: 15:59:05 Usu-Imp: admpre Ter: admpre AAAA/MM: 2014-01 Dep: A11A cppcre 4.1.7



DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14216792088

(415)7707212489984(8020) 000001421679208 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 7 4 8 5 4	2	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	52874854	2000 08 24

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUZMAN	GUTIERREZ	DIANA	MIREYA

Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección: CL 59 BIS 48 B 54 BRR CORUÑA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		7157426	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2007 04 18					3223	

Responsabilidades

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
20																	

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2013 01 03

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

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

27

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

SIMPLE S.A.
Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos

Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos - www.pagosimple.com
CONSULTA REFERENCIA

Empresa Aportante	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	**Nit**	52874854-2
No. Planilla	23504012	**Periodo de Pago**	201311
No. Referencia	8811090243		

Comision	0,00	**Iva Comision**	0,00
Fecha Pago Primer Vencimiento	25/11/2013	**Total A Pagar Primer Vencimiento**	169.520,00
Fecha Pago Segundo Vencimiento	26/11/2013	**Total A Pagar Segundo Vencimiento**	169.620,00
Fecha Pago Tercer Vencimiento	27/11/2013	**Total A Pagar Tercer Vencimiento**	169.820,00
Fecha Pago Cuarto Vencimiento	28/11/2013	**Total A Pagar Cuarto Vencimiento**	169.920,00
Fecha Pago Quinto Vencimiento	29/11/2013	**Total A Pagar Quinto Vencimiento**	170.120,00
Fecha Pago Sexto Vencimiento	02/12/2013	**Total A Pagar Sexto Vencimiento**	170.520,00

La siguiente información corresponde a un día(habil) menos de la fecha del 1er Vencimiento

Nit	Código	Administradora	No. Afiliados	Monto Pagado
8002514406	EPS005	E.P.S. SANITAS S.A.	1	74.400,00
8002279406	231001	AFP OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	95.120,00

26

Colfondos®
Pensiones y Cesantías

Colfondos
Pensiones y Cesantías

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ identificado(a) con C.C No. 52.874.854 se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias desde el día 03 de mayo de 2006 a COLFONDOS S.A. y sus recursos se encuentran en el FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS MODERADO desde el día 15 de septiembre de 2010, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 16 de agosto de 2011.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestra Línea Afiliados al 3 266 300 en Bogotá ó al 01 800 05 10 000 gratis para el resto del país, e-mail servicioclíente@colfondos.com.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Martha Lucía Perafán Gómez
Directora de Cuentas
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

E.P.S. SANITAS
ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

CE-006 - 0000000100 - 2013

CERTIFICAMOS

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación, esta(n) o ha(n) estado afiliada(s) a nuestra E.P.S. SANITAS:

Tipo afiliado *	Nombres	Tipo de documento	No. documento	Fecha afiliación EPS Sanitas	Semanas cotizadas SGSSS	Semanas de antiguedad SGSSS	Estado de afiliación	Fecha de la novedad y motivo		Motivo de retiro
CI	DIANA_MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	C	52874854	29/05/2002	492	602	Activo			

* cotizante independiente (CI), cotizante dependiente (CD), pensionado (CP), mixto (MI), amparado(B.Amp), adicional (B.Adic)

Los usuarios marcados con motivo M3, fueron desafiliados por mora superior a tres (3) meses
Los usuarios marcados con motivo DC, fueron desafiliados por documentacion incompleta

La presente se expide a DIANA_MIREYA GUZMAN GUTIERREZ en BOGOTA D. C. a los 9 dias del mes de DICIEMBRE de 2013

Cordialmente,

CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

NOTA : ESTA CERTIFICACION NO CONSTITUYE APROBACION DE TRASLADO, NI ES DOCUMENTO VALIDO PARA SOLICITAR SERVICIOS MEDICOS.

R.V. Administrador EPS
Expedido en la oficina BOGOTA DIRECCION GENERAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52874854**

GUZMAN GUTIERREZ
APELLIDOS

DIANA MIREYA
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-MAR-1981**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-AGO-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500119-42085652-F-0052874854-20010418 **01660**01026A 02 095417582

SERVICOOP
Servicios Integrales Cooperativos
de Trabajo Asociado

Certifico.

Que Diana Mireya Guzman Gutierrez con C.C. 52874854 de Bogotà se desempeño como auxiliar de enfermeria en las diferentes clinicas, hospitales y servicios donde la cooperativa presta servicios desde Octubre del 2007 a Diciembre del 2008.

Humberto Ospina García
Médico Cirujano
Universidad de Caldas
R.M. 397-94

Humberto Ospina Garcia.

Gerente.

22

LIDER GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA

Que, el señor(a) **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No.52.874.854,** presta sus servicios como **AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA** mediante Contrato de Prestación de Servicios, de fecha 17 de agosto del 2011, recibiendo por honorarios la suma de: **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE.** ($1.200.000).

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los (13) días del mes de Febrero de 2013, a petición de la interesada.

JOSE ALEXANDER MORENO PAEZ
Líder Grupo Funcional de Contratación

Proyectó: luz dary Fernández

Secretaría
SALUD

Resolución No 4713 de 07/05/2007
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la 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) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA Identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESC. COLOM. DE CIEC. DE LA SALUD ESCOLSALUD el día 15/12/2000 y registrado en el libro 16 Folio 144 año 2000

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 GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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 07/05/2007

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS.
Directora de Desarrollo de Servicios.

Elaboro :Víctor Sánchez
Revisó : Adriano Lozano

Bogotá, D.C 18-07-07
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Diana Guzman
CC. # 52-874854

Firma Diana Guzman

20

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DIANA MIREYA
GUZMAN GUTIERREZ
C.C. o C.E 52874854

Secretaría de
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 18/07/2007

19

La República de Colombia
y en su nombre

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 056 del 17 de Diciembre de 2003
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 019 del 7 de Mayo de 2004
emanada de la Secretaria de Educación del municipio de Soacha - Cundinamarca

Certifica:

Que : DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

CC 52.874.854

Asistió al curso de

Soporte Vital Básico

Con una intensidad de 20 Horas

Jenny Marcela Galindo Gomez
Representante Legal

Flor Marina Gomez de Galindo
Directora Administrativa

Instructor

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los once (11) días del mes de Diciembre del 2008.

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.

Hace Constar que:

DIANA MIREYA GUZMAN G.

C.C. 52834854 de Bogotá

Participó y Aprobó el curso de: **PRIMEROS AUXILIOS**

Con una intensidad de 30 Horas

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de OCTUBRE de 1.999

Dirección Departamento Educación y Capacitación

Resolución 5733 de 1994 S.E.D.

ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

" ESCOLSALUD "

Instituto de Educación no Formal

Aprobación Oficial Resolución 6181 del 01-11-96 Secretaria Educación D.C,

ACTA DE GRADO

No. 016

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. a los quince días del mes de Diciembre de 2000 . se reunieron en las instalaciones de la Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud "ESCOLSALUD" . los suscritos Director y Coordinadora Académica de la Institución . con el fin de formalizar la entrega de los certificados de "Técnico Laboral en Enfermería" al alumno (a) cuyo nombres, apellidos y documento de identificación se relaciona a continuación:

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

cc: 52'874.854 de Santafé de Bogotá

Por haber realizado y aprobado satisfactoriamente todos los objetivos del programa "Auxiliar de Enfermería" con una intensidad de 1.800 horas teórico - Practicas.

La presente acta queda registrada en el libro No. 04 Folio No. 144 del correspondiente libro de actas respectivo.

En constancia, se firma por los que en ella intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado.

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud DIRECTOR Colsalud

CARLOS GARZON TERNAL

Director. -

cc: 11'300.731 de Girardot

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud COORDINADORA ACADEMICA

María Lucy

MARÍA LUCY GAMBOA RINCÓN

Coordinadora Académica. -

cc: 51'830.448 de Bogotá

16

ESCOLSALUD

REPUBLICA DE COLOMBIA

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud

"ESCOLSALUD"

(INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL)

Con Autorizacion Oficial segun Resolucion No. 6181 del 20 de Noviembre de 1.996 emanada de la Secretaria de Educación de Santafé de Bogota, D.C.

Otorgan el presente

CERTIFICADO DE TECNICO LABORAL A

Diana Mireya Guzman Gutierrez

C.C. 52'874.854 De Bogotá.

COMO

AUXILIAR DE [illegible]

ESCOLSALUD

Director

Coordinación Académica

Anotado Al Acta No. 016 Folio No. 144

Santafe de Bogota, D.C. a 15 de Diciembre del año 2000

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

LA FUNDACION
INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

AUTORIZADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 7093 DEL 10 DE NOVIEMBRE DE 1972 Y RATIFICADA POR RESOLUCION No. 7173 DEL 19 DE NOVIEMBRE DE 1998

CONFIERE A

Diana Mireya Guzman Gutierrez

Identificada con C.C. *No.* 52'878.854 *de* Santa Fé de Bogotá D.C.

el título de

BACHILLER ACADEMICO

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

PADRE SEBASTIAN MONTORN SALES
RECTOR

TERESA PULIDO CAMACHO
SECRETARIA

Dado en Santa Fe de Bogotá *a* 26 *de* Noviembre *de 19*99

Nº 778412

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/12/2013 a las 02:08:24 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52874854 y Nombres: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

Volver al Inicio

Solicitudes, Quejas, Reclamos

Todos los derechos reservados 2011.

13

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 9 de diciembre de 2013, a las 2:8:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.874.854
Código de Verificación	556897662013

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

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

JAVIER ALONSO LASTRA FUSCALDO

12

Digitó y Revisó: Vía Web

JHMC

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

DERECHOS Y DEBERES Individuo y Sociedad

Personería de Bogotá, D.C.

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

No.	318426
Pag.	1 de 1

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No: 52.874.854 (CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO) 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, Nueve (09) de diciembre del año Dos Mil Trece - 2013, de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004 de la Personería de Bogotá, D.C.

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

El certificado de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Ley 734 de 2002 , art. 174).

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

CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO

OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

11

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 52150894

WEB
02:20:44

Bogotá DC, 09 de diciembre del 2013

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 52874854:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

NOTA: EL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ES UN DOCUMENTO QUE CONTIENE LAS ANOTACIONES E INHABILIDADES GENERADAS POR SANCIONES PENALES, DISCIPLINARIAS, INHABILIDADES QUE SE DERIVEN DE LAS RELACIONES CONTRACTUALES CON EL ESTADO, DE LOS FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL, DE LAS DECISIONES DE PÉRDIDA DE INVESTIDURA Y DE LAS CONDENAS PROFERIDAS CONTRA SERVIDORES, EX SERVIDORES PÚBLICOS Y PARTICULARES QUE DESEMPEÑEN FUNCIONES PÚBLICAS EN EJERCICIO DE LA ACCIÓN DE REPETICIÓN O LLAMAMIENTO EN GARANTÍA. ESTE DOCUMENTO TIENE EFECTOS PARA ACCEDER AL SECTOR PÚBLICO, EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLEZCA LA LEY O DEMÁS DISPOSICIONES VIGENTES. EN CASO DE NOMBRAMIENTO O SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS CON EL ESTADO, ES RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD, VALIDAR LA INFORMACIÓN QUE PRESENTE EL ASPIRANTE EN LA PÁGINA WEB DE LA PGN, EN EL LINK HTTP://WWW.PROCURADURIA.GOV.CO/PORTAL/ANTECEDENTES.HTML

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

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

10

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DECLARACION JURAMENTADA
2 DE BIENES Y RENTAS

YO, Diana Guzman

IDENTIFICADO CON: C.C. X 1 C.E. 2 T.I. 3 N° 57[illegible]

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cundinamarca	Bogotá

Dirección Cra 54 N 128 B 54 Teléfonos 7-75-74-76 3-10-444-87-16

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Daniel Santiago Guzman	1.020.799.177	Hijo

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☐ PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	9.86.100.-
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 11.833.308 -

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	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

9

EMPLEADOR O CONTRATANTE

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GUZMAN	GUTIERREZ	DIANA MIREYA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52' 874 - 854

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: ____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 05 MES 03 AÑO 1981

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTÁ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CL 59 # 48 B 54 SUR

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: CUNDINAMARCA

TELÉFONO: 715 7426 EMAIL: DIANAGUZ.0305

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

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 ESTA 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
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2000	52874854

ESPECIFIQUE 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

9

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 Simón Bolivar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	www.ese1mon bolivar.gov.co.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6732600 / 6767940	DÍA 18 MES 08 AÑO 2010	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Enfermería	Urgencias	cll 165 # 7 - 06

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Servicoop		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 10 MES 10 AÑO 2007	DÍA 27 MES 12 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermería	Medicina Interna	

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)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Simon Bolivar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6-73-26-00	DÍA 28 MES 03 AÑO 2011	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermeria	Urgencias	CLA-7 N-165-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Savicoop		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima.	Ibague.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
264 89 11.	DÍA 2 MES 03 AÑO 2007	DÍA 7 MES 04 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermeria		

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

7

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.

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 10/12/20013.

Diana Guzman.

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

6

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
C.C 52.874.854 de Bogota
Calle 59 No 48 B 54
TEL. 7 15 74 26 3204448976
Bogota – Colombia
Dianaguz.0305@hotmail.com

PERFIL PORFESIONAL

Me caracterizo por ser una persona con gran sentido de responsabilidad y compromisos además dentro de mi vida personal desarrollo mis actividades enmarcadas dentro de los valores de compromiso, respeto, y ética gracias a mis estudios se me facilita el cuidado y atencion apropiada en el área de salud.
Soy una persona honesta, servicial y con gran actitud positiva hacia el cargo desempeño.

INFORMACIÓN PERSONAL

FECHA DE NACIMIENTO	***:***	***5 de marzo de 1981***
LUGAR DE NACIMIENTO	***:***	***Bogota D.C.***
ESTADO CIVIL	***:***	***Soltera***
PERSONAS A CARGO	***:***	***Un Hijo***

INFORMACIÓN ACADEMICA

SECUNDARIOS	***:***	***Instituto Tecnológico del Sur*** ***Bachiller Académico*** ***Bogotá – 1999***
SUPERIORES	***:***	***Escuela Colombiana de Formación En Ciencias de la Salud*** ***Auxiliar de Enfermería*** ***Bogotá – 2000***
OTROS	***:***	***Escuela de salud teresa de Calcuta*** ***Soporte vital básico*** ***11-diciembre – 2008***

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA	***:***	***HOGAR SAGRADA FAMILIA***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería –cuidado especial***
TIEMPO LABORADO	***:***	***06-2009***
EMPRESA	***:***	***SERVICOOP***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería***
TIEMPO LABORADO	***:***	***ocubre-2007 a diciembre -2008***
TELEFONO	***:***	***2648711 Ibagué***
EMPRESA	***:***	***HOSPITAL DE SOACHA***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería (Practicas de Escolsalud)***
TIEMPO LABORADO	***:***	***6 meses***
EMPRESA	***:***	***AMBULANCIAS PRIMEROS AUXILIOS***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería***
TIEMPO LABORADO	***:***	***eventos masivos***
TELEFONO	***:***	***2 77 09 77 566 44 37***
EMPRESA	***:***	***HOSPITAL SIMON BOLIVAR***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería***
JEFE INMEDIATO	***:***	***actualmente***

REFERENCIAS PERSONALES

Sandra Milena Quinchia Rivera
Asesora comercial
7313600-3115960121

REFERENCIAS FAMILIAR

YEIMY GUZMANA
Ingeniera industrial
7336537

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
C.C 52.874.854 de Bogotá

Dianaguz.0305@hotmail.com

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

1. ÁREA SERVICIO DE ENFERMERIA 2. CENTRO DE COSTO B01A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD: Se requiere para la atención de los pacientes de los diferentes servicios con fundamento que el personal de planta no es suficiente para el cumplimiento del objeto social de la institución.

4. COMPETENCIAS	4.1 Educación: (Estudios que se requieren) Auxiliar de Enfermería
	4.2 Objeto de la Orden: Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermera - Área de Salud
	4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades). Un año desarrollando actividades propias del ejercicio de la profesión
	4.4 .Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia) N.A.
	4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos) Normas de Bioseguridad, registros de enfermería y los específicos según el servicio.
	4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar) Normas de Bioseguridad, cuidado de enfermería básicos y los específicos según el servicio
	4.7 Habilidades: (Señale las capacidades, aptitudes y actitudes requeridas para el desarrollo de actividades) Capacidad para planear las actividades del servicio. Disposición para el trabajo en equipo, manejo de conflictos, buena comunicación en equipo de trabajo, responsabilidad en el desarrollo de sus labores cotidianas, comunicación asertiva con los familiares y con un buen sentido de pertenencia.
5. ACTIVIDADES	5.1 Actividades: (Relacione en detalle las actividades a desarrollar) Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales , cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo, cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado, sensibilización en derechos y deberes a los pacientes, cumplir con os procesos procedimientos guías instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades, cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario y realización de los registros de enfermería cumpliendo con la Resolución 1995/99, presentar informes, asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato, cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso y aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.
	5.2 Procesos, Procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieren para el cumplimiento de actividades Todos aquellos relacionados con el objeto del contrato y todos aquellos que la institución ha determinado para el desarrollo de las actividades propias del objeto del contrato de acuerdo al servicio que se encuentre.

2

	5.3 Actividades que tiene que supervisar: (Especificar si debe ser supervisor de actividades desarrolladas por personal del hospital o por actividades contratadas por terceros para realizar una actividad o un suministro) N.A.
	5.4 Responsabilidad: Del cumplimiento de las actividades establecidas en el contrato de prestación de servicios.

6. FIRMAS

Firma/ Nombre / Cargo Solicitante	Firma/ Nombre / Cargo Vo Bo. – Subgerencia	Firma/ Nombre Subgerencia Administrativa
NOMBRE: GISELLE HAUZEUR F. CARGO LIDER SERVICIO DE ENFERMERIA FIRMA _____	NOMBRE: LUIS GERARDO CANO V. CARGO SUBGERENTE CIENTIFICO FIRMA _____	NOMBRE SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ FIRMA _____

7. VALOR

$

8. V.B. GERENCIA

_____

9. RADICACIÓN DE LA SOLICITUD AL ÁREA DE CONTRATACIÓN

9.1 Nombres y Apellidos de quien entrega _____

9.2 FIRMA _____

9.3 Fecha de Recibido _____

9.4 Nombres y Apellidos de quien recibe _____

9.5 FIRMA _____

Guzman Gutierrez Diana Marcela

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

1. ÁREA SERVICIO DE ENFERMERIA 2. CENTRO DE COSTO: C01A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD: Se requiere para la atención de los pacientes de los diferentes servicios, con fundamento en que el personal de planta no es suficiente para el cumplimiento del objeto social del Hospital.

4. COMPETENCIAS	4.1 Educación: (Estudios que se requieren) Auxiliar de Enfermería
	4.2 Objeto de la Orden: Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERA - Área de Salud.
	4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades).
	4.4 .Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia) N.A.
	4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos) Normas de Bioseguridad, registros de enfermería y los específicos según el servicio.
	4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar) Normas de Bioseguridad, cuidado de enfermería básicos y los específicos según el servicio
	4.7 Habilidades: (Señale las capacidades, aptitudes y actitudes requeridas para el desarrollo de actividades) Capacidad para planear las actividades del servicio. Disposición para el trabajo en equipo, manejo de conflictos, buena comunicación en equipo de trabajo, responsabilidad en el desarrollo de sus labores cotidianas, comunicación asertiva con los familiares y con un buen sentido de pertenencia.
5. ACTIVIDADES	5.1 Actividades: (Relacione en detalle las actividades a desarrollar) 1) Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales y realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería. 2) Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo. 3) Ejecución entrega de los pendientes en el cambio de turno. 4) Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos. 5) Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva. 6) Tomas de laboratorio, hemocultivo y administración de hemoderivados. 7) Diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio. 8) Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 9) Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado. 10) Sensibilización en derechos y deberes a los pacientes. 11) Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades. 12) Cumplir con los instructivos de enfermería e la realización de las actividades al usuario y realización los registros de enfermería cumpliendo con la Resolución 1995/99. 13) Presentar informes, solicitudes, peticiones y demás actividades administrativas que se generen. 14) Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional, cumpliendo lo establecido por las instituciones de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 15) Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso. 16) Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 17) Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 18) Cumplimiento de los turnos presenciales o de disponibilidad establecido por la institución de acuerdo a las necesidades del servicio y la oportunidad requerida en la atención y de acuerdo a los cronogramas para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.
	5.2 Procesos, Procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieren para el cumplimiento de actividades Todos aquellos relacionados con el objeto del contrato y todos aquellos que la institución ha determinado para el desarrollo de las actividades propias del objeto del contrato de acuerdo al servicio que se encuentre.

	5.3 Actividades que tiene que supervisar: (Especificar si debe ser supervisor de actividades desarrolladas por personal del hospital o por actividades contratadas por terceros para realizar una actividad o un suministro) N.A.
	5.4 Responsabilidad: Del cumplimiento de las actividades establecidas en el contrato de prestación de servicios.

6. FIRMAS

Firma/ Nombre / Cargo Solicitante	Firma/ Nombre / Cargo Vo Bo. – Subgerencia Científica	Firma/ Nombre Subgerencia Administrativa
NOMBRE: GISELLE HAUZEUR F. CARGO LIDER SERVICIO DE ENFERMERIA Giselle Hauzeur Profesional Especializado C.C. 41.650.745 FIRMA _____	NOMBRE: GUILLERMO VILLAMIL IREGUI CARGO SUBGERENTE CIENTIFICO FIRMA _____	NOMBRE: SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ CARGO: SUBGERENTE ADMINISTRATIVA FIRMA _____

7. VALOR $

8. V.B. GERENCIA

_____

9. RADICACIÓN DE LA SOLICITUD AL ÁREA DE CONTRATACIÓN

9.1 Nombres y Apellidos de quien entrega _____

9.2 FIRMA _____

9.3 Fecha de Recibido _____

9.4 Nombres y Apellidos de quien recibe _____

9.5 FIRMA _____

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
C.C 52.874.854 de Bogota
Calle 84 No 89 A26 Cerezos
TEL. 3223294995 -
Bogota – Colombia

PERFIL PROFESIONAL

Me caracterizo por ser una persona con gran sentido de responsabilidad y compromisos además dentro de mi vida personal desarrollo mis actividades enmarcadas dentro de los valores de compromiso, respeto, y ética gracias a mis estudios se me facilita el cuidado y atencion apropiada en el área de salud.
Soy una persona honesta, servicial y con gran actitud positiva hacia el cargo desempeño.

INFORMACIÓN PERSONAL

FECHA DE NACIMIENTO	***:***	***5 de marzo de 1984***
LUGAR DE NACIMIENTO	***:***	***Bogota D.C.***
ESTADO CIVIL	***:***	***Soltera***
PERSONAS A CARGO	***:***	***Un Hijo***

INFORMACIÓN ACADEMICA

SECUNDARIOS	***:***	***Instituto Tecnológico del Sur*** ***Bachiller Académico*** ***Bogotá – 1999***
SUPERIORES	***:***	***Escuela Colombiana de Formación En Ciencias de la Salud*** ***Auxiliar de Enfermería*** ***Bogotá – 2000***
OTROS	***:***	***Escuela de salud teresa de Calcuta*** ***Soporte vital básico*** ***11-diciembre –***

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA	***:***	***HOSPITAL SIMON BOLIVAR***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería (Salas cirugía)***
TIEMPO LABORADO	***:***	***Julio 2015- Actualmente***
JEFE INMEDIATO	***:***	***Yuri Veloza***
TELEFONO	***:***	***3125206596***

EMPRESA	***:***	***INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA (Enonco)***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería (Radiología)***
TIEMPO LABORADO	***:***	***Septiembre 2014 a marzo 2015***
JEFE INMEDIATO	***:***	***Rocio Jaimes***
TELEFONO	***:***	***3341111***

EMPRESA	***:***	***HOSPITAL SIMON BOLIVAR***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería (Urgencias, medicina interno, quirúrgicos)***
TIEMPO LABORADO	***:***	***Agosto 2011 a febrero 2015***
JEFE INMEDIATO	***:***	***Cristina Ruiz Jefe departamento***
TELEFONO	***:***	***6732600***

EMPRESA	***:***	***AMBULANCIAS PRIMEROS AUXILIOS***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería***
TIEMPO LABORADO	***:***	***2009- 2010e—eventos masivos***
TELEFONO	***:***	***2 77 09 77 566 44 37***

EMPRESA	***:***	***SERVICOOP***
CARGO	***:***	***Auxiliar De Enfermería***
TIEMPO LABORADO	***:***	***ocubre-2007 a diciembre -2008***
TELEFONO	***:***	***2648711 Ibagué***

REFERENCIAS PERSONALES

Ivon Moreno
Jefe enfermera
Hospital Simón Bolivar
3144344167

Sandra Pinzón
Enfermera Jefe de Sanidad
3134827830

Yeimy Guzmán Gutiérrez
Oficina Asesora de Calidad
Instituto Nacional de Cancerología
3014761755 – 3341111 ext. 2502

Liliana
Laboratorio Sanitas
Sanitas E.P.S

Diana Guzman 52874854

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
C.C 52.874.854 de Bogotá

Dianaguz.0305@hotmail.com

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Guzman	Gutierrez	Oscar

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52874854 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 05 MES 03 AÑO 1984

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: _____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Clle 54 N 48 B 54

PAIS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: _____

TELÉFONO: _____ EMAIL: _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	(11)	MES 11 AÑO 1999

Bachiller academico

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
	X	X		Bachiller Academico	11	1999	
				Auxiliar de Enfermeria	11	2000	
				Sonda vesical basico	11	2014	

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 Simon Bolivar.	X		colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
cundinamarca		dianaguz03@hotmail.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3115400074.	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX de enfermeria.		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
instituto nacional de cancerologia	X		colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
cundinamarca.		

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	2014.	7.
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 (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

Diana Huiman. 52814854

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 77885656

WEB
13:48:15

Bogotá DC, 10 de diciembre del 2015

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 52874854:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Personería de Bogotá, D.C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 875445

Bogotá D.C., 21 de Diciembre de 2015 - 8:59 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ**, quien se identifica con la CEDULA DE CIUDADANIA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO** de BOGOTA D.C.

52874854
NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

PRÓRROGA No. 006 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1114 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y BALLEN CHACON MARY LUZ

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **BALLEN CHACON MARY LUZ**, identificado(a) con la Cédula No **52173459**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1114 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1114 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1114 de 2015 hasta el 30 de noviembre de 2015. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes del contrato N° 1114 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 27 dias del mes de noviembre de 2015.

EL HOSPITAL **EL CONTRATISTA**

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

BALLEN CHACON MARY LUZ
Cédula No. 52173459

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 21 de (embre de 2015, a las 9:0:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.874.854
Código de Verificación	537769662015

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

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

SILVANO GÓMEZ STRAUCH

Digitó y Revisó: Vía Web JMMC

PRÓRROGA No. 006 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1116 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y BANQUEZ GAMEZ SIXTA TULIA

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el dia 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **BANQUEZ GAMEZ SIXTA TULIA**, identificado(a) con la Cédula No **57296638**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1116 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1116 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1116 de 2015 hasta el 30 de noviembre de 2015. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes del contrato N° 1116 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 27 días del mes de noviembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

BANQUEZ GAMEZ SIXTA TULIA
Cédula No. 57296638

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

síguenos en >

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Ciudadanos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 11/12/2015 a las 09:22:12 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52874854 y Nombres: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Solicitudes, Quejas, Reclamos

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9132 - Resto del país: 018000 910 400
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS | Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

LA NACION
y en su nombre

LA FUNDACION
INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

APROBADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL SEGUN
RESOLUCION No. 16 DEL 16 DE NOVIEMBRE DE 1993 Y RATIFICADA
POR RESOLUCION No. 16 DEL 16 DE NOVIEMBRE DE 1998

CONFIERE A

Diana Minerva Guzman Gutierrez

C.C. 52.874.854 de Santafe de Bogotá D.C

el título de

BACHILLER ACADEMICO

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

JAIME SERRANO PINZON
RECTOR

TERESA PULIDO CAMACHO
SECRETARIA

Santafe de Bogotá a 26 de Noviembre de 1998

REPUBLICA DE COLOMBIA

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud

"ESCOLSALUD"

(INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL)

Con Autorización Oficial según Resolución No. 6181 del 1o. de Noviembre de 1.996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el presente

CERTIFICADO DE TECNICO LABORAL A

Diana Milena Guzman Gutierrez

C.C 52 [illegible] De Bogota.

COMO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Con Intensidad de 1200 Horas Prácticas

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud Escolsalud

Director

Amparado Al Acta No.

María [illegible]

Coordinacion Academica

ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD
" ESCOLSALUD "
Instituto de Educación no Formal
Aprobación Oficial Resolución 6181 del 01-11-96 Secretaria Educación D.C,

ESCOLSALUD

A C T A D E G R A D O

No. 016

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. a los quince días del mes de Diciembre de 2000 . se reunieron en las instalaciones de la Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud "ESCOLSALUD" . los suscritos Director y Coordinadora Académica de la Institución . con el fin de formalizar la entrega de los certificados de "Técnico Laboral en Enfermería" al alumno (a) cuyo nombres. apellidos y documento de identificación se relaciona a continuación:

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
cc: 52'874.854 de Santafé de Bogotá

Por haber realizado y aprobado satisfactoriamente todos los objetivos del programa "Auxiliar de Enfermería" con una intensidad de 1.800 horas teórico - Practicas.

La presente acta queda registrada en el libro No. 04 Folio No. 144 del correspondiente libro de actas respectivo.

En constancia. se firma por los que en ella intervinieron. en cumplimiento de lo ordenado.

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud — DIRECTOR — Colsalud

CARLOS GARZON SERNAL
Director. -
cc: 11'300.731 de Girardot

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud — COORDINADORA ACADEMICA

MARIA LUCY GAMBOA RAMOS
Coordinadora Académica. -
cc: 51'830.448 de Bogotá

La República de Colombia
y en su nombre

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 056 del 17 de Diciembre de 2003
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 019 del 7 de Mayo de 2004
emanada de la Secretaria de Educación del municipio de Soacha - Cundinamarca

Certifica:

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ

Que : _____

cc 52.874.854

Asistió al curso de

Soporte Vital Básico

Con una intensidad de 20 Horas

Jenny Marcela Galindo Gomez
Representante Legal

Flor Marina Gomez de Galindo
Directora Administrativa

Instructor

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los once (11) dias del mes de Diciembre del 2014.

Secretaría
SALUD

Resolución No 4713 *de* 07/05/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la 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) GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA Identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESC. COLOM. DE CIEC. DE LA SALUD ESCOLSALUD el día 15/12/2000 y registrado en el libro 16 Folio 144 año 2000
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 GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA identificado(a) con CC número 52874854 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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 07/05/2007

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELSNA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS.
Directora de Desarrollo de Servicios.

Elaboro :Victor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C 18-07-07
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Diana Guzmán
CC. # 52-874854

Firma Diana Guzmán

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DIANA MIREYA

GUZMAN GUTIERREZ

C.C. o C.E. 52874854

SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 18/07/2007

Servicios Integrales Cooperativos
de Trabajo Asociado

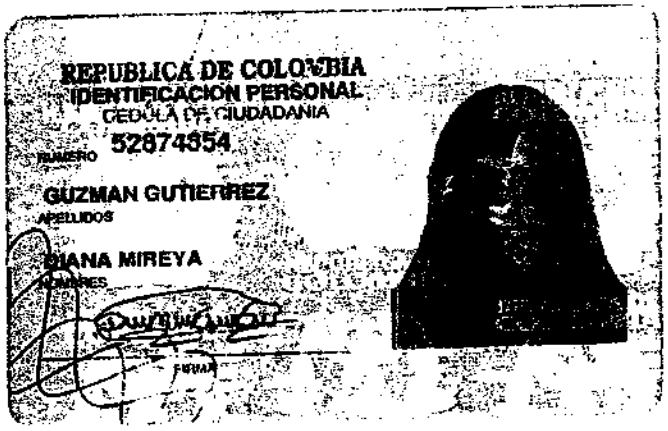
Certifico.

Que Diana Mireya Guzman Gutierrez con C.C. 52874854 de Bogotà se desempeño como auxiliar de enfermeria en las diferentes clinicas, hospitales y servicios donde la cooperativa presta servicios desde Octubre del 2007 a Diciembre del 2008.

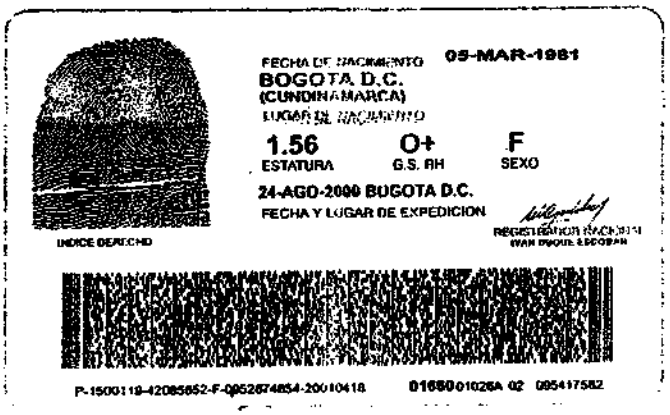
Humberto Ospina García
Médico Cirujano
Universidad de Caldas
R.M. 397-94

Humberto Ospina Garcia.

Gerente.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52874554
GUZMAN GUTIERREZ
APELLIDOS
DIANA MIREYA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-AGO-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN ENRIQUE ESPITIA
INDICE DERECHO

P-1500119-42085852-F-0052874554-20010418 01680 01026A 02 095417582

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ, identificado(a) con C.C 52.874.854, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a la fecha 07 de abril de 2015.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestro Contact center al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 01 800 05 10000 e-mail serviciocliente@colfondos.com.co

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

E.P.S. SANITAS

CE-061 - 0000000100 - 2015

CERTIFICAMOS

que las personas relacionadas a continuacion, estan o han estado afiliadas a nuestra **E.P.S. SANITAS:**

Tipo Afiliado *	Nombres	Tipo de documento	No. documento	Fecha de afiliacion EPS	Semanas cotizadas SGSSS	Semanas de antiguedad SGSSS	Estado Afiliacion	Fecha de la novedad y Motivo	Motivo de Retiro
CI	DIANA_MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	C	52874854	29/05/2002	163	699	Activo		
B.Amp	DANIEL_SANTIAGO GUZMAN GUTIERREZ	T	1001299177	08/08/2002		689	Activo		
B.Amp	JUAN_CARLOS ROBLES LOPEZ	C	1051240090	01/09/2015		7	Activo		

* cotizante independiente (CI), cotizante dependiente (CD), pensionado (CP), mixto (MI), amparado(B.Amp), adicional (B.Adic)

Los usuarios marcados con motivo M3, fueron desafiliados por mora superior a tres (3) meses
Los usuarios marcados con motivo DC, fueron desafiliados por documentacion incompleta

La presente se expide a DIANA GUZMAN
en BOGOTA a los 22 dias del mes de Octubre de 2015

Cordialmente,

EPS Sanitas

CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

NOTA : ESTA CERTIFICACION NO CONSTITUYE APROBACION DE TRASLADO, NI ES DOCUMENTO VALIDO PARA SOLICITAR SERVICIOS MEDICOS.

R.V. Nubia del Rocio Roncancio Daza

Expedido en la oficina BOGOTA OF CALLE 80

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2015/12/14
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
con Cédula de Ciudadanía número 52874854
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	450700062455
Fecha Apertura	2011/08/17

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0085 - OFICINA QUIRIGUA

Firma Autorizada
DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7
AR 170-1 Rev. IV : 06

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 01 de 2016 CDP. No. 4

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : TOSA JURIDICA Y CONTRATACION

CODIGO RUBRO.....: **1141111432103000000000105001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **3210305**
NOMBRE RUBRO.....: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES HSB**

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

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

POR UN VALOR INICIAL DE : **2.169,272.278.00**
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **2.169,272.278.00**
DOS MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS CON 00/100 M/CTE

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

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ORIGINAL Fec-Iap: 2016/01/06 Hor-Iap: 16:31:31 Usu-Iap: adpardo Ter: presup3 AAAA/MM: 2016-01 Dep: TOSA copcdi 4.1.3

SERVICIOS TERCERIZADOS

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Teniendo en cuenta que el Hospital Simón Bolívar es el único hospital de tercer nivel de la red del Norte, oferta servicio de alta complejidad y en la actualidad no cuenta con los equipos suficientes ni con el presupuesto disponible para la adquisición de los equipos necesarios para prestar el servicio de gastroenterología e imágenes diagnosticas dentro de la institución, se ve en la necesidad de contratar con empresas que le ofrezcan a los usuarios y a la institución oportunidad en los exámenes realizados e idoneidad para complementar los diagnósticos requeridos.

Las empresas que prestan el servicio cuentan con una experiencia demostrada que garantizan la prestación óptima y la oportunidad en la entrega de los resultados. Cuentan con profesionales altamente calificados en el mercado que garantizan una mejor práctica de las ayudas diagnósticas.

Teniendo en cuenta que no se cuenta rentabilidad a la institución y se pueda generar un mejor proceso de facturación.

La institución tiene claro que se está adquiriendo un servicio con tareas y objetivos definidos, con mejores prácticas, y que no se está sustituyendo algo interno para que lo haga un tercero con el mismo método. Se define un alcance concreto delimitando los niveles de servicio que se desea obtener, Ahorro costos e Incremento productividad.

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AsAG – 0553 – 2016
CONTRATISTA: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA CC. 52874854
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 31 DE ENERO DE 2016, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO
VALOR: UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.300.000)

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capitulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula número **52874854** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA;** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AsAG – 0553 – 2016** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con cargo a la disponibilidad presupuestal **No.** 004, el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que a continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO**: **AUXILIAR DE ENFERMERÍA. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS**: **1) Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales y realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería. 2) Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades. 3) Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo. 4) Ejecución entrega de los pendientes en el cambio de turno. 5) Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos. 6) Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva. 7) Tomas de laboratorio, hemocultivo y administración de hemoderivados. 8) Diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio. 9) Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 10) Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado. 11) Sensibilización en derechos y deberes a los pacientes. 12) Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades. 13) Cumplir con los instructivos de enfermería e la realización de las actividades al usuario y realización los registros de enfermería cumpliendo con la Resolución 1995/99. 14) Presentar informes, solicitudes, peticiones y demás actividades administrativas que se generen. 15) Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional, cumpliendo lo establecido por las instituciones de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 16) Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso. 17) Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 18) Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 19) Cumplimiento de los turnos presenciales o de disponibilidad establecido por la institución de acuerdo a las necesidades del servicio y la oportunidad requerida en la atención y de acuerdo a los cronogramas para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 20) Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual. CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS**

PARTES: **1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propios del objeto contractual en ejecución. **b)** Responder por los bienes y/o elementos entregados a su cargo, velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos de propiedad del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades, so pena de responder como contratista por el daño o pérdida de los implementos utilizados, ya sea en reposición o al precio comercial del bien, descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir, autorización que se entiende expresa y escrita por cada caso en particular. **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten. **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado. **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes. **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL. **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad. **h)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato. **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio. **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros. **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación. **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere. **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento. **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten. **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **p)** Asumir el incumplimiento u omisión que en desarrollo de sus actividades genere perjuicios económicos al HOSPITAL. Para el caso de glosas u objeciones definitivas, se evaluarán y determinarán en comité de glosas al interior del Hospital y serán comunicadas las decisiones al contratista, autorizando el descuento respectivo que se genere. **q)** El contratista deberá tomar todas las medidas adecuadas para evitar la contaminación ambiental, la prevención de riesgos durante la ejecución de sus operaciones o actividades y cumplirá con todas las leyes ambientales, aplicable. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades. **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL. **CLAUSULA CUARTA.- VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.300.000)**, de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 31 de enero de 2016, contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por el hospital, quien delega dicha facultad en **LÍDER SERVICIO DE ENFERMERÍA** quien se encargará de: **1)** Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2)** Informar al jefe oficina de contratación cualquier modificación a las condiciones o clausulas contenidas en este contrato. **3)** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **4)** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **5)** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y**

MODIFICACIÓN UNILATERAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. CLAUSULA DECIMA CUARTA.-GARANTIAS: El CONTRATISTA garantizará al HOSPITAL, que constituirá o que cuenta con póliza especial de responsabilidad civil medica profesional, cuyo amparo para médicos general no puede ser menor a cien (100) SMLMV y para médicos especializados no menor a doscientos (200) SMLMV, de tal manera que por su actuar en desarrollo de este contrato mantenga indemne a la entidad frente a posibles reclamaciones que se formulen argumentando falla del servicio; siendo beneficiarios los terceros afectados. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA SEXTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad. **2)** Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal. **3)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA. **4)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. **5)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales). **6)** Acta de inicio de contrato. **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

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

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Cédula No. 52874854

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 01 de 2016 CRP. No. **624**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA: U01A COORDINACION MEDICA

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

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 4

LA SUMA INICIAL DE : **1,300,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1,300,000.00**
UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUX DE ENFERMERIA OPS 0553.16
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 0553.16
A NOMBRE DE: **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**
C.C. o NIT : **52874854**
OBJETO : GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

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

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

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

ORIGINAL Fec-Imp: 2016/01/13 Hor-Imp: 14:36:06 Usu-Imp: adapre Ter: presup3 AAAA/MM: 2016-01 Dep: U01A cppcre 4.1.7

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 0553 - 2016

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERÍA

FECHA DE INICIO: 01 DE ENERO DE 2016

PLAZO DE EJECUCION: 31 DE ENERO DE 2016

VALOR CONTRATO: UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS M/TE. ($1.300.000)

En Bogotá, a los 01 días del mes de enero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No. 0553 - 2016, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 31 de enero de 2016.

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

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

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14322352606

(415)7707212439984(8020) 000001432235260 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 7 4 8 5 4	2	Impuestos de Bogotá: 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida: 2	Cédula de ciudadanía: 13	52874854	2000 08 24

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

Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUZMAN	GUTIERREZ	DIANA	MIREYA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 59 BIS 48 B 54 BRR CORUÑA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dianaguz.0305@hotmail.com		7157426	3204489776

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	Actividad principal 47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	Actividad secundaria 49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	Otras actividades 2	Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
8692	2004 12 01					3223	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	20																	

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2014 12 11

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: SANDOVAL TELLEZ RAFAEL ANTONIO

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO NO VALIDADO SIN FIRMA

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya guzman gutierrez — No. ORD 0553

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854 — CENTRO DE COSTO: 103A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 1 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180 H

FECHA INICIO: AA:16 MES: 01 DIA: 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA:16 MES:01 DIA:31

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 1300.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.300.000

PERIODO DE SUPER VISIÓN: 01 AL 31 DE ENERO DE 2016 — TOTAL HORAS A PAGAR 180H

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE	X		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS		X	48Horas Descontar
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	X		Patricia Rubiano V. ENFERMERA JEFE C.C. 41.792.833
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE	X		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	X		
6	ASISTE A CAPACITACIONES		X	No se programo capacitaciones
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	X		

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

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

Diana Guzman 52874854
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

L. Giselle Hauzeur F.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

L. Giselle Hauzeur Profesional Especializado C.C. 41.650.745
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

Fecha de la certificación: 31-01-16

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

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

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 01/22/2016 14:15:35
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52874854
NOMBRES	DIANA MIREYA
APELLIDOS	GUZMAN GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	E.P.S. SANITAS S.A.	CONTRIBUTIVO	31/08/2015	COTIZANTE

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Cambiar Planilla

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-285-008	Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Hospital Simón Bolívar I Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

586

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ — No. ORDEN: 1651

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854 — CENTRO DE COSTO: C01A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 3 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180 H

FECHA INICIO: AA:16 MES: 02 DÍA: 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA:16 MES:02 DIA:29

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 4.095.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.365.000

PERIODO DE SUPER VISIÓN: 01 AL 30 DE FEBRERO DE 2016 — TOTAL HORAS A PAGAR 180 H

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONES
1	ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE	✓		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS	✓		
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	✓		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE	✓	✓	
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	✓		
6	ASISTE A CAPACITACIONES	✓		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	✓		

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

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

Diana Guzmán.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA
52874854

L. Giselle Hauzeur F.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzmán.
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
CC 52874854

Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
C.C. 41.650.745
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
41650745

Fecha de la certificación: 30-02-16

SERVICIO DE ENFERMERIA 19 FEB 2016

HORA

Fosyga OK

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADO

Fecha creación reporte: 2016-02-18, 12:51:11 PM **Tipo Planilla:** I; PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 8882167320

Periodo Cotización: febrero de 2016 **Periodo Servicio:** febrero de 2016 **Referencia pago (PIN):** 8841101250

PAGADO 18/02/2016

DATOS DEL APORTANTE

	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
	CC52874854		CLL 84 B NO 89 A 26
	INDEPENDIENTE		3223294995
	NATURAL		ÚNICO
	BOGOTA		BOGOTA D.C.
	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA		CC 52874854
	1		NINGUNA ARP

. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																							Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación		Tipo Cotizante	Subtipo															VSP	IRP	Días APP	Días EPS																							
52874854	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00																0	30	30	0	0				(23)801) COLFONDOS	$ 689,455	$ 110,313	(EPS005) EPS SANITAS	$ 689,455	$ 86,200	0,800	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196,513

III.TOTALES

$ 689,455	$ 689,455	$ 0	$ 0	$ 110,313	$ 86,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196,513	$ 1,300	$ 197,813

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

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

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 02/24/2016 06:30:52
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	31871915
NOMBRES	MARIA IDALI
APELLIDOS	RODAS VELEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD	SUBSIDIADO	01/06/2010	CABEZA DE FAMILIA

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2016-03-22, 01:05:09 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8887730040

Periodo Cotización: marzo de 2016 **Periodo Servicio:** marzo de 2016 **Referencia pago (PIN):** 8841101250

I. DATOS DEL APORTANTE

	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
	CC52874854		CLL 84 B NO 89 A 26
	INDEPENDIENTE		3223294995
Tipo Persona	NATURAL	entación	ÚNICO
	BOGOTA		BOGOTA D.C.
	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA		CC 52874854
Total Afiliados	1		NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

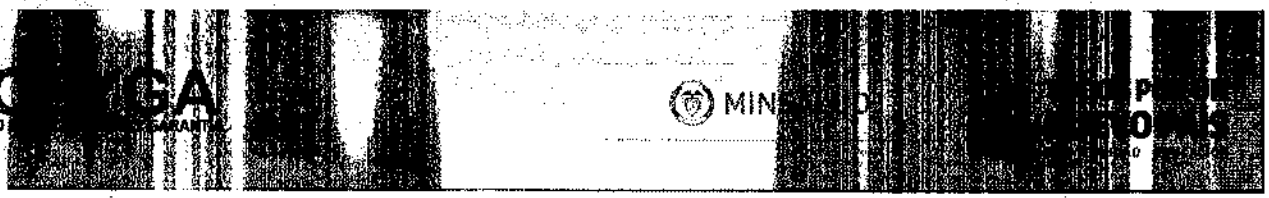
Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mintrabajo	Total
C 52874854	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00																	0	30	30	0	0	(231001) COLFONDOS	$ 689,455	$ 110,313	(EPS005) EPS SANITAS	$ 689,455	$ 88,200	0.000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196,513

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 689,455	$ 689,455	$ 0	$ 0	$ 110,313	$ 88,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196,513	$ 1,900	$ 196,413

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



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

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

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 03/22/2016 14:49:18
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52874854
NOMBRES	DIANA MIREYA
APELLIDOS	GUZMAN GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	31/08/2015	COTIZANTE

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzman Gutierrez — No. ORDEN 1651

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854 — CENTRO DE COSTO: C01A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 3 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180 H

FECHA INICIO: AA:16 MES: 02 DÍA: 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA:16 MES:04 DIA:30

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 4.095.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.365.000

PERIODO DE SUPER VISIÓN: 01 AL 30 DE ABRIL DE 2016 — TOTAL HORAS A PAGAR 180H

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	OBSERVACIONES
1	ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE	✓		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS		✓	Descontar 24 Hn
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	—		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE	—		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	—		
6	ASISTE A CAPACITACIONES	—		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	—		

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

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

DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
L. Giselle Hauzeur F
C.C. 41.650.745
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

DIANA MIREYA GUZMAN
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
(cc 18'266) cc 52874854

Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
C.C. 41.650.745
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

Fecha de la certificación: 30 04 16

SERVICIO DE ENFERMERIA 26 ABR 2016
HORA 2:25 pm

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | LIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2016-04-21, 01:45:40 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8891961890

Periodo Cotización: abril de 2016 **Periodo Servicio:** abril de 2016 **Referencia pago (PIN):** 8841101250

PAGADO 21/04/2016

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Documento	CC52874854	**Dirección**	CLL 84 B NO 89 A 26
[redacted]	INDEPENDIENTE	[redacted]	3223294995
[redacted]	NATURAL	[redacted]	ÚNICO
[redacted]	BOGOTA	[redacted]	BOGOTA D.C.
[redacted]	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	[redacted]	CC 52874854
[redacted]	1	[redacted]	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades								Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
[redacted]																												
C 52874854	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00							0	30	30	0	0	(23)801-COLFONDOS	$ 689,455	$ 110,313	(EPS005) EPS SANITAS	$ 689,455	$ 86,200	0.000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 198,513

III.TOTALES

[redacted]																
$ 689,455	$ 689,455	$ 0	$ 0	$ 110,313	$ 86,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 198,513	$ 1,500	$ 198,013

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 04/25/2016 12:48:49
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52874854
NOMBRES	DIANA MIREYA
APELLIDOS	GUZMAN GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	31/08/2015	COTIZANTE

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Hospital Simón Bolívar II Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

544

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ — No. ORDEN: 1651

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854 — CENTRO DE COSTO: C01A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 5 MESES — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180 H

FECHA INICIO: AA:16 MES: 02 DÍA: 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA:16 MES:06 DIA:31

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 6.825.000.00 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.365.000

PERIODO DE SUPER VISIÓN: 01 AL 31 DE MAYO DE 2016 — TOTAL HORAS A PAGAR 180H

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE	✓		Descontar 132 horas por inasistencia de 24 horas en Abril/16 108 h. en Mayo/16
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS		✓	
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	✓		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE	✓		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS		✓	
6	ASISTE A CAPACITACIONES	✓		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE *INTERNO Y EXTERNO*			

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

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

L. Giselle Hauzeur F.

Diana mireya Guzmán Gutierrez
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
C.C. 41.650.745

Diana Guzmán 52874854
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

41650745

Fecha de la certificación: 31-05-16

SERVICIO DE ENFERMERIA 17 MAY 20

HORA

MPLE S.A.
v.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2016-05-16, 01:47:19 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 8695844180

Periodo Cotización: mayo de 2016 | Periodo Servicio: mayo de 2016 | Referencia pago (PIN): 8841101250

PAGADO 16/05/2016

DEL APORTANTE

cial	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
to	CC52874854	Dirección	CLL 84 B NO 89 A 28
Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3223294995
sona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
ntante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	Identificación	CC 52874854
liados	1	ARP	NINGUNA ARP

LE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																								Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante																									Administradora	IBC Pensión	Aportes Pensión	Administradora	IBC Salud	Aportes Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aportes Caja	Aportes SENA	Aportes ICBF	SSAP	Aportes Ministerio	Total
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	59	00																	0	30	30	0	0				(63)(804) COLFONDOS	$ 668,455	$ 119,313	(EPS048) EPS SANITAS	$ 668,455	$ 86,200	0.000	$ 0	$ 0	(NN-SS) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 205,513

TALES

nsión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Cesantías, Liquidac, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 668,455	$ 668,455	$ 0	$ 0	$ 119,313	$ 86,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 205,513	$ 700	$ 197,213

Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 99 99 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 656 30 03 - Pereira: 313 63 00 - Barranquilla: 361 88 80 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

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

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 05/16/2016 19:22:37
Estación de origen: 181.54.66.197

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52874854
NOMBRES	DIANA MIREYA
APELLIDOS	GUZMAN GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	31/08/2015	COTIZANTE

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

326

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzman Gutierrez
No. ORDEN: 488
CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854 CENTRO DE COSTO:
OBJETO DE LA ORDEN: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**
DURACIÓN DE LA ORDEN 1 MES TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180
FECHA INICIO: AA 16 MES 08 DÍA 1 FECHA TERMINACIÓN: AA 16 MES 8 DÍA 31
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: **1.365.000.oo** VALOR A PAGAR EN EL MES: **1.365.000.oo**
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1 AL 31 DE AGOSTO/16 TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE	✓		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS	✓		
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	✓		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE	✓		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	✓		
6	ASISTE A CAPACITACIONES	✓		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	✓		

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

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

Diana Guzman Gutierrez
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Laura Sanchez
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzman 52874854
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
40769 23

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2016-08-22, 03:00:01 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8610769190

Periodo Cotización: agosto de 2016 **Periodo Servicio:** agosto de 2016 **Referencia pago (PIN):** 8860636250

PAGADO 22/08/2016

I DEL APORTANTE

ocial	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
nto	CC52874854	Dirección	CLL 84 B NO 89 A 26
Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3223294995
sona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
ntante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	Identificación	CC 52874854
liados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante																					Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00																0	30	30/30	0		(230301) COLFONDOS	$ 689,455	$ 110,315	(EPS066) EPS SANITAS	$ 689,455	$ 80,200	2.436	$ 689,455	$ 16,809	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 215,315

TALES

mación	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 689,455	$ 689,455	$ 689,455	$ 0	$ 110,315	$ 80,200	$ 16,809	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 215,315	$ 2,300	$ 215,615

Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 6515 - Medellín: 514 56 69 - Bucaramanga: 643 80 60 - Cartagena: 685 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 581
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0

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

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ — No. ORDEN: 1651

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 52874854 — CENTRO DE COSTO: C01A

OBJETO DE LA ORDEN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN DE LA ORDEN: 3 mes — TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180 H

FECHA INICIO: AA:16 MES: 02 DIA: 01 — FECHA TERMINACIÓN: AA:16 MES:04 DIA:31

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: 4.095.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: 1.365.000

PERIODO DE SUPER VISIÓN: 01 AL 03 2016 — TOTAL HORAS A PAGAR 180H

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE	✓		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS		✓	Se descuentan 12 horas
3	BRINDA CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE Y REPORTA EVENTOS ADVERSOS	✓		
4	HACE REGISTROS DE ENFERMERÍA OPORTUNAMENTE	✓		
5	CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	✓		
6	ASISTE A CAPACITACIONES	✓		
7	MANEJA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	✓		

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

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

Diana Guzmán
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

L. Giselle Hauzeur F.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Diana Guzmán 52874854
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
C.C. 41.650.745
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

41650745

Yuri C. Veloza Moreno
C.C. 1.031.122.903
Enfermera Jefe
U.M.B.

Fecha de la certificación: 31-03-16

SERVICIO DE ENFERMERIA 22 MAR 2016
HORA

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2016-01-20, 01:27:20 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 8879596140

Periodo Cotización: enero de 2016 **Periodo Servicio:** enero de 2016 **Referencia pago (PIN):** 8841101250

PAGADO 20/01/2016

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Documento	CC52874854	**Dirección**	CLL 84 B NO 89 A 26
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223294995
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	**Identificación**	CC 52874854
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APO	Días ERP	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte CCF	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mintrabajo	Total
CC 52874854	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00																		0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 844.350	$ 103.100	(EPS008) EPS SANITAS	$ 844.350	$ 80.544	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-00) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.644

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 844.350	$ 844.350	$ 0	$ 0	$ 103.100	$ 80.544	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.644	$ 900	$ 184.544

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Incap.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OTROS SI PARA LA ADICIÓN No 001 Y PRORROGA No 001 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N.° 1651 DE 2016 SUSCRITO ENTRE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE - UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber, por una parte, **MARIA CLEMENCIA PINZÓN IREGUI**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 51.754.728 de Bogotá, D.C., en su calidad de **GERENTE** de la Sub Red integrada de Servicios de Salud Norte, Unidad de Prestación de Servicios de Salud Hospital Simón Bolívar E.S.E. con Nit. 800196433-9, de conformidad con el Decreto N° 171 del ocho (08) de abril de dos mil dieciséis (2016) expedido por el alcalde Mayor de Bogotá D.C., quien para los efectos del presente contrato en adelante se denominará la **SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,** y por otra parte **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, identificado(a) con la Cédula No. 52874854, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente OTRO SI, previa las siguientes consideraciones: **a)** Mediante Acuerdo N° 641 de abril 06 de 2016, expedido por el Concejo de Bogotá, D.C. se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá Distrito Capital, se modifica el Acuerdo **N°** 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. **b)** Que el Acuerdo en mención tiene por objeto efectuar la reorganización del Sector Salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual determinó la fusión de algunas entidades y la creación de otras. **c)** Que el Acuerdo N° 641 de 2016 fusionó, entre otras, las Empresas Sociales del Estado Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar en la Empresa Social del Estado denominada Subred integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **d)** Que cada una de las cuatro Empresas Sociales del Estado producto de la fusión, esto es, (1) Subred integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., (2) Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., (3) Subred integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y (4) Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., prestarán servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad y se articulan en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital. **e)** Que con el fin de efectuar la expedición de los actos administrativos, presupuestales y demás trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión de las Empresas Sociales del Estado, se establece un período de transición de un año contado a partir de la expedición del Acuerdo 641 de 2016. **f)** Que el Acuerdo N° 641 de 2016 subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas. **g)**. Que al momento de expedirse el Acuerdo N° 641 de 2016, la Empresa Social del Estado Hospital Simón Bolívar - hoy fusionada en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. - tenía suscrito el contrato **No 1651 de 2016** con **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA,** cuyo objeto es "AUXILIAR DE ENFERMERIA", cuyo plazo de ejecución y/o su valor o saldo por ejecutar se encontraban vigentes. **h)** Que al subrogarse – por virtud del Acuerdo 641 de 2016 - en la Subred Integrada de Prestación de Servicios Norte E.S.E. las obligaciones y los derechos contraídos a través del contrato **No 1651 de 2016** por la E.S.E. Hospital Simón Bolívar, será aquella quien asuma la calidad de contratante.. **i)** Que por necesidades de los servicios se hace necesario adicionar y prorrogar el presente contrato de prestación de servicios, necesidad esta que fue aprobada por el ordenador del gasto. **j)** Que para la presente adición se cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 69 de 2016, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial de la Unidad Prestadora de Servicios de salud- Hospital Simón Bolívar **k)** Que por lo anterior hemos acordado: **CLAUSULA PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en la Cláusula Quinta del contrato **No 1651 de 2016**, por el término de dos (2) meses, hasta el 30 de junio de 2016. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Adicionar a la cláusula cuarta del contrato **No 1651 de 2016**, el valor de **DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($2730000),** pagaderos en mensualidades de **UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1365000),** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. **TERCERA:** Las cláusulas restantes no sufren ninguna modificación. Para constancia se firma a los 29 días del mes de abril de 2016.

EL HOSPITAL

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

EL CONTRATISTA

DIANA GUZMAN GUTIERREZ

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Cédula No. 52874854

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

Revisó: Sonia Esmeralda Sánchez Rodriguez
Subgerente Administrativa

MEJOR

SERVICIO DE ENFERMERIA
HORA 2:30 06 MAY 2016

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

CERTIFICADO DE REGISTRO
Presupuestal Numero :317

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

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

CERTIFICA

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

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

Valor Total Registro Presupuestal : $4.780.203.800,0
0

A NOMBRE DE :UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL SIMON BOLIVAR

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

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

EL RESPONSABLE DE PRESUPUESTO

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

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA

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

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

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 10/18/2016 20:19:51
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	4210224
NOMBRES	JOSE SAUL
APELLIDOS	VARGAS DAZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	SOGAMOSO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAFESALUD E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Hospital Engativá Empresa Social del Estado	DETERMINACION CATEGORIA TRIBUTARIA LEY 1607 DE 2012 DECRETO 3032 DE 2013 DECRETO 2623 DE 2014	CÓDIGO: GA-F-64
		VERSIÓN: 3
	HOSPITAL ENGATIVÁ – II NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GESTION DE APOYO CORPORATIVO	PÁGINA 1 DE 3
		FECHA: 03/03/2016

1428

Bogotá, Julio 7 de 2016.

Señores **HOSPITAL ENGATIVA E.S.E.**

Yo, Diana Guzman identificado(a) con documento de identidad No. 52 894 854

De Bogota, certifico de manera libre y espontánea, bajo la gravedad de juramento, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 329 del Estatuto Tributario y en cumplimiento de lo dispuesto por los Decretos 3032 del 27 de diciembre de 2013 y 2623 del 17 de diciembre de 2014, que:

1. Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior, provienen de la prestación de **servicios de manera personal** o del desarrollo de una **actividad económica** mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria (independientemente de su denominación), en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos en 2015:

1 **SI** [X] **NO** [ ]

2. Que la prestación de mis servicios **profesionales y/o técnicos requieren la utilización de materiales o insumos especializados**, o de maquinaria o equipo especializado:

1 **SI** [X] **NO** [ ]

3. Por el año inmediatamente anterior, estoy obligado(a) a presentar declaración de renta:

1 **SI** [ ] **NO** [X]

4. Mis ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior superaron mil cuatrocientas (1.400)[1] UVT ($39.591.000):

SI [ ] **NO** [X]

5. En el año gravable inmediatamente anterior, **DESARROLLE ALGUNA** de las actividades señaladas en el Artículo 340 del Estatuto Tributario (Ver al reverso de este formulario) y ésta generó más del veinte por ciento (20%) del total de mis ingresos brutos:

SI [ ] **NO** [X]

SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA 5 FUE SI, POR FAVOR DILIGENCIE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

6. Mis ingresos provienen, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%), de la realización por mi propia cuenta y riesgo, de una de las actividades económicas señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario:

2 **SI** [ ] **NO** [ ]

7. Mi Renta Gravable Alternativa (RGA) es inferior a veintisiete mil (27.000) UVT ($763.533.000):

3 **SI** [ ] **NO** [ ]

8. Mi patrimonio líquido declarado en el periodo gravable anterior es inferior a doce mil (12.000) UVT ($339.348.000):

4 **SI** [ ] **NO** [ ]

En constancia de lo manifestado, firmo esta declaración y adjunto la información de mis datos básicos.

[Firma del Contratista] Diana Guzman

NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: Diana Maria Guzman

N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52-894854

No. TELEFONO FIJO: 3-22-329-49-95 No. CELULAR: 826-85-97

CORREO ELECTRONICO: diancagu.05@hotmail.

1 El valor de la UVT para el año 2015 fue de $28.279

Ver Instrucciones y notas al respaldo de este formato

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO. Antes de diligenciar el formato, lea detenidamente las indicaciones que se presentan a continuación. Recuerde que el Decreto 1070 de 2013 estableció la entrega de este formato una vez al año para establecer la categoría tributaria a la que usted pertenece de acuerdo a la forma en que usted responda las preguntas del formato, cuya información base, corresponde a la de la vigencia inmediatamente anterior y de esa forma precisar la retención en la fuente aplicable sobre los pagos o abonos en cuenta que se realicen durante la vigencia actual. **Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y si está de acuerdo con la afirmación marque con X en el cuadro SI, de lo contrario, marque el cuadro NO.** Recuerde que la información a tener en cuenta para responder estas preguntas corresponde a la vigencia inmediatamente anterior (AÑO 2015). Para terminar, revise sus respuestas, firme el documento y diligencie la totalidad de los datos requeridos en la parte final del formato. ESTE FORMATO PUEDE SER DILIGENCIADO A MANO O EN ARCHIVO POSTERIORMENTE IMPRESO Y DEBIDAMENTE FIRMADO. EN TODO CASO, ASEGURESE DE QUE LA IMPRESIÓN Y LA LETRA SEAN CLARAS Y LEGIBLES, PUES CUALQUIER ERROR, ENMENDADURA O LETRA ILEGIBLE, NO PERMITIRÁ UNA CLASIFICACIÒN ADECUADA, CON LO CUAL AUTOMÁTICAMENTE QUEDARÍA CLASIFICADO EN EL RÉGIMEN DE RENTA ORDINARIO.

Fecha: Este formato deberá ser diligenciado y entregado a la central de cuentas del Hospital Engativá antes de 23 de marzo de cada vigencia. Para su diligenciamiento, reemplace los espacios en blanco conforme lo indica el contenido entre paréntesis, es decir, nombres y apellidos completos, número de documento de identidad y lugar de expedición del mismo.

Para su información y mayor claridad, a continuación se transcribe del **Estatuto Tributario** el **Art. 340. Impuesto Mínimo Alternativo Simple "IMAS" de trabajadores por cuenta propia.** El Impuesto mínimo alternativo Simple "IMAS" es un sistema de determinación simplificado del impuesto sobre la renta y complementarios aplicable únicamente a personas naturales residentes en el país, clasificadas en la categoría de trabajador por cuenta propia y que desarrollen las actividades económicas señaladas en el presente artículo, cuya Renta Gravable Alternativa (RGA) en el respectivo año o periodo gravable resulte superior al rango mínimo determinado para cada actividad económica, e inferior a veintisiete mil (27.000) UVT.

A la Renta Gravable Alternativa se le aplica la tarifa que corresponda en la siguiente tabla según su actividad económica:

Actividad	Para RGA desde	IMAS
Actividades deportivas y otras actividades de esparcimiento	4.057 UVT	1,77% * (RGA en UVT 4.057)
Agropecuario, silvicultura y pesca	7.143 UVT	1,23% * (RGA en UVT 7.143)
Comercio al por mayor	4.057 UVT	0,82% * (RGA en UVT 4.057)
Comercio al por menor	5.409 UVT	0,82% * (RGA en UVT 5.409)
Comercio de vehículos automotores, accesorios y productos conexos	4.549 UVT	0,95% * (RGA en UVT 4.549)
Construcción	2.090 UVT	2,17% * (RGA en UVT 2.090)
Electricidad, gas y vapor	3.934 UVT	2,97% * (RGA en UVT 3.934)
Fabricación de productos minerales y otros	4.795 UVT	2,18%* (RGA en UVT - 4.795)

SERVICIO DE ENFERMERIA 19 JUL 2016

HORA_____

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14322352606

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 52874854 – 2

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 32

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida (2)	Cédula de ciudadanía (13)	52874854	2000 08 24

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUZMAN	GUTIERREZ	DIANA	MIREYA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 59 BIS 48 B 54 BRR CORUÑA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dianaguz.0305@hotmail.com		7157426	3204448976

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	2
8692	2004 12 01				

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
3223	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2014 12 11

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 16 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Diana Guzmán

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

964. Nombre: SANDOVAL TELLEZ RAFAEL ANTONIO
965. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF:

DOCUMENTO AUTENTICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Engativá	**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA**	CODIGO : GA-F-75 V3 VERSION: 3
	HOSPITAL ENGATIVA SUBRED NORTE E.S.E GESTIO DE APOYO CORPORATIVO	PAGINA: 1 DE 1 FECHA : 27/04/2016

OFICINA Y/O DIRECCIÓN:	**CONTRATO No. 1428**	**PERIODO DEL CONTRATO:**

Unidad de Prestación de Servicios de salud Simón Bolivar E.S.E.		Fecha de Inicio: 1 de julio de 2016 Fecha de Terminación: 31 de julio de 2016
ENTIDAD CONTRATANTE: HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL E.S.E.		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** **Del 1 al 31 de julio de 2016**
CONTRATISTA: Diana Mireya Guzman Gutierrez		**PERIODO DEL INFORME:** Julio de 2016
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR E.S.E.		

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL

OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	**ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el mes referente a la obligación)	**PRODUCTOS** (con respecto a la actividad desarrollada)
1). Entregar al supervisor, un informe mensual sobre la ejecución del contrato. 2). Ejercer el auto control en sus actividades y presentar la programación mensual de estas dentro de los cinco (05) primeros días de cada mes, cuando el contrato comporte el desarrollo de actividades o metas finales y/o parciales. 3). Ejecutar integra, efectiva y oportunamente las actividades descritas en las obligaciones especiales y objeto del contrato, contando con los elementos de protección personal y observando las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos y por las autoridades respectivas para el desarrollo de las actividades contratadas. 4). Colaborar con LA SUB RED NORTE para que el contrato se cumpla dentro de las mejores condiciones de calidad, eficacia, eficiencia y economía con aplicación específica, estricta y definida en el servicio, de las normas administrativas y asistenciales de la entidad, así como de los reglamentos, manuales, protocolos, guías, procesos, procedimientos y trámites expedidos o adoptados por la entidad para el normal y debido funcionamiento de las actividades requeridas. 5). Desarrollar en forma personal, autónoma, eficiente y correctamente el objeto del presente contrato, teniendo en cuenta las normas internas de LA SUB RED NORTE, con el fin de lograr un mejor eficiente desarrollo del presente contrato. 6). El CONTRATISTA deberá	1) Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo. 2) cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado, sensibilización en derechos y deberes a los pacientes. 3) Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades. 4) Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario y realización de los registros de enfermería, cumpliendo con la Resolución 1995/99. 5) Presentar informes, asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el	Cumple cumple cumple cumple No cumple Inicia labores el 13 Julio Incapacidad del 1 al 12 Julio

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 018000910383

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Engativa	**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA**	CODIGO : GA-F-75 VERSION: 3
	HOSPITAL ENGATIVA SUBRED NORTE E.S.E GESTIO DE APOYO CORPORATIVO	PAGINA: 1 DE 1 FECHA : 27/04/2016

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL

OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	**ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el mes-referente a la obligación)	**PRODUCTOS** (con respecto a la actividad desarrollada)
conocer y participar del Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA como parte activa del mismo, apoyando las actividades generadas desde el proceso de Gestión Ambiental. 7). El CONTRATISTA, tendrá plena autonomía y será responsable ante LA SUB RED NORTE por el desempeño y cumplimiento de las obligaciones y responsabilidades inherentes al presente contrato de prestación de servicios, de conformidad con las cláusulas contenidas en este documento, y normas legales aplicables para este tipo de contratos. 8). EL CONTRATISTA deberá junto con el informe mensual de actividades entregar el soporte de pago – ajustado a la normativa vigente - de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión, ARL. 9). Es 1). Entregar al supervisor, un informe mensual sobre la ejecución del contrato. 2). Ejercer el auto control en sus actividades y presentar la programación mensual de estas dentro de los cinco (05) primeros días de cada mes, cuando el contrato comporte el desarrollo de actividades o metas finales y/o parciales. 3). Ejecutar íntegra, efectiva y oportunamente las actividades descritas en las obligaciones especiales y objeto del contrato, contando con los elementos de protección personal y observando las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos y por las autoridades respectivas para el desarrollo de las actividades contratadas. 4). Colaborar con LA SUB RED NORTE para que el contrato se cumpla dentro de las mejores condiciones de calidad, eficacia, eficiencia y economía con aplicación específica, estricta y definida en el servicio, de las normas administrativas y asistenciales de la entidad, así como de los reglamentos, manuales, protocolos, guías, procesos, procedimientos y trámites expedidos o adoptados por la entidad para el normal y debido funcionamiento de las actividades requeridas. 5). Desarrollar en forma personal, autónoma, eficiente y correctamente el objeto del presente contrato, teniendo en cuenta las normas internas de LA SUB RED NORTE, con el fin de lograr un mejor eficiente desarrollo del presente contrato. 6). El CONTRATISTA deberá conocer y participar del Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA como parte activa del mismo, apoyando las actividades generadas desde el proceso de Gestión Ambiental. 7). El	objeto del contrato. 6) Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente. 7) Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso. 8) Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 9) Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	cumple Comple Comple comple

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención Usuarios 018000910495
Línea Gratuita Nacional 018000910495

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Engativá	**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA**	CODIGO : GA-F-75 VERSION: 3
	HOSPITAL ENGATIVA SUBRED NORTE E.S.E GESTIO DE APOYO CORPORATIVO	PAGINA: 1 DE 1 FECHA : 27/04/2016

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	**ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el mes-referente a la obligación)	**PRODUCTOS** (con respecto a la actividad desarrollada)
CONTRATISTA, tendrá plena autonomía y será responsable ante LA SUB RED NORTE por el desempeño y cumplimiento de las obligaciones y responsabilidades inherentes al presente contrato de prestación de servicios, de conformidad con las cláusulas contenidas en este documento, y normas legales aplicables para este tipo de contratos. 8). EL CONTRATISTA deberá junto con el informe mensual de actividades entregar el soporte de pago – ajustado a la normativa vigente - de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión, ARL. 9). Es obligación del CONTRATISTA, responder y velar por el cuidado y debido uso de los bienes de LA SUB RED NORTE y en caso de pérdida o daño a los elementos utilizados deberá responder por el deducible de la póliza que los ampara, si su valor fuera cubierto por ésta, o su valor total en caso de ser su valor menor al deducible. 10). El incumplimiento u omisión en desarrollo de las actividades que genere perjuicios económicos a la SUB RED NORTE, serán asumidos única y exclusivamente por EL CONTRATISTA, debiendo reintegrar a la SUB RED Norte la totalidad de los valores glosados por los entes a los que este vende los servicios básicos de salud. 11). Adquirir y usar los elementos de protección adecuados para los riesgos a los cuales están expuestos en el desarrollo de su objeto contractual, de acuerdo con las normas técnicas establecidas para los mismos. 12). Informar con una antelación no menor a diez (10) días su intención de dar por terminada la Orden de Prestación de Servicios. De no procederse en los términos anteriores el contratista faculta a la SUB RED NORTE con la suscripción de la presente orden, la deducción de los perjuicios generados con su retiro intempestivo estimados con base en las actividades relacionadas en su programación mensual.		

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario en Bogotá D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000113853

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Engativá	**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA**	CODIGO : GA-F-75
		VERSION: 3
	HOSPITAL ENGATIVA SUBRED NORTE E.S.E GESTIO DE APOYO CORPORATIVO	PAGINA: 1 DE 1
		FECHA : 27/04/2016

FIRMA CONTRATISTA :		**NOMBRE: REFERENTE** Daniela Moreno

REVISÓ:

		FIRMA:
Diana Guzmán	**SUPERVISOR:**	**NOMBRE** L. Giselle Hauzeur F.
NÚMERO DE CEDULA : 52874854		**FIRMA:** Giselle Hauzeur Profesional Especializado

NOTA: Solicito disminuir mi base de retención en la fuente y de retención de IC A cancelar el valor correspondiente al pago de aportes obligatorios por concepto de Salud y Pensión para el presente periodo.
Anexo: Copia comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión, en **(1)** folios.

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: (1)6500519
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2016-07-21, 11:07:20 AM Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 8807225090

Periodo Cotización: julio de 2016 Periodo Servicio: julio de 2016 Referencia pago (PIN): 8860638250

GUARDADA 24/06/2016

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ				
Documento	CC52874854	**Dirección**	CLL 84 B NO 89 A 26		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223294995		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	**Identificación**	CC52874854		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S A: da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días Mora	Días EPS	Días Arp	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
52874854	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	03	00	X													1	C	30	30	0		COLFONDOS	$ 689.455	$ 110.313	EPS SANITAS	$ 689.455	$ 86.200	POSITIVA DE SEGUROS	$ 689.455	$ 16.800	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.313

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 689.455	$ 689.455	$ 689.455	$ 0	$ 110.313	$ 0	$ 0	$ 86.200	$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.313	$ 1.500	$ 214.813

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
8

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerias Cafam-Colsubsidio-

8888606382500000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-

(415)7709998485884(8020)8860638250(3900)0000000(96)20991231

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Engativá	DECLARACION JURAMENTADA	CODIGO : GA-F-26
		VERSION: 4
	HOSPITAL ENGATIVA SUBRED NORTE E.S.E GESTION DE APOYO CORPORATIVO	PAGINA: 1 DE 1
		FECHA : 27/04/2016

YO DIANA MILENA GUZMAN GUTIERREZ

Identificado(a) con _____ número 52874854 Expedida(o) en BOGOTA, de manera libre y espontánea, en mi calidad de Contratista, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que los pagos por concepto de seguridad social (salud, pensión y riesgos profesionales), regulados por el Decreto 1703 de 2002 y 510 de 2003, realizados durante el periodo de Julio corresponden al 40% del valor del contrato de prestación de servicios celebrado con el Hospital Engativá.

Manifiesto que conozco las consecuencias derivadas del hecho de suministrar información incorrecta o no verdadera.

VIGILADO Supersalud

Fecha: Julio 2016

Nombre: DIANA MILENA GUZMAN GUTIÉRREZ

Firma Cotizante: Diana Guzman.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Engativá	INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA	CODIGO : GA-F-75 VERSION: 3
	HOSPITAL ENGATIVA SUBRED NORTE E.S.E GESTIO DE APOYO CORPORATIVO	PAGINA: 1 DE 1 FECHA : 27/04/2016

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL

OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	ACTIVIDADES (Desarrolladas en el mes- referente a la obligación)	PRODUCTOS (con respecto a la actividad desarrollada)
las normas técnicas establecidas para los mismos. 12). Informar con una antelación no menor a diez (10) días su intención de dar por terminada la Orden de Prestación de Servicios. De no procederse en los términos anteriores el contratista faculta a la SUB RED NORTE con la suscripción de la presente orden, la deducción de los perjuicios generados con su retiro intempestivo estimados con base en las actividades relacionadas en su programación mensual.		

FIRMA CONTRATISTA : **JAIME ALEXANDER CABRA BARRETO**	**REVISÓ:**	**NOMBRE: REFERENTE**
		FIRMA:
NUMERO DE CEDULA : 80134337	**SUPERVISOR:**	**NOMBRE** L. Giselle Hauzeur P.
		FIRMA: Giselle Hauzeur Profesional Especializado C.C. 41.650.745

NOTA: Solicito disminuir mi base de retención en la fuente y de retención de ICA, en el valor correspondiente al pago de aportes obligatorios por concepto de Salud y Pensión para el presente periodo.
Anexo: Copia comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión, en **(1)** folios.

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 6302310 Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

FECHA DE EXPEDICIÓN: Julio 1 De 2016 **CRP. N°: 4283**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **COPIA**

CERTIFICA :

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 y 14 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DELPRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2016 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: T01S GERENCIA Y J.DIREC.-GEREN

CODIGO DEL RUBRO.....: 10000132103000000000000501
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321030501
NOMBRE DEL RUBRO.....: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

FECTA LA DISPONIBILIDAD NRO: 3179 -

LA SUMA INICIAL DE: 1,365,000.00
CON UN REINTEGRO DE: 0.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE: 1,365,000.00
UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: ENFERMERO (A) - QUEMADOS U. S
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: 1428
A NOMBRE DE: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
CC. o NIT: 52874854-2
OBJETO: ENFERMERO (A) - QUEMADOS U. S

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA A LOS 1 DIAS DEL MES DE Julio DE 2016

.....
PINEROS BARRETO MAGDA YISELA
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SOMETIDA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGALMENTE ESTABLECIDO QUE ES DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 488 DE 2016 SUSCRITO ENTRE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber, por una parte, **MARÍA CLEMENCIA PINZÓN IREGUI**, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.754.728 de Bogotá, D.C., en su calidad de GERENTE de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., con NIT. 900971006-4 , de conformidad con el Acuerdo N° 641 de 2016 expedido por el Concejo de Bogotá y el Decreto Nº 171 del 08 de abril de 2016 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., quien para los efectos del presente contrato en adelante se denominará la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, por una parte, y por la otra, **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA** identificado (a) con C.C. No. 52874854, quien actúa en su propio nombre y representación y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA hemos convenido celebrar el presente contrato, previa las siguientes consideraciones a) Mediante Acuerdo No.641 de abril 06 de 2016, expedido por el Concejo de Bogotá, D.C. se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá Distrito Capital, se modifica el Acuerdo No. 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. b) Que el Acuerdo en mención tiene por objeto efectuar la reorganización del Sector Salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual determinó la fusión de algunas entidades y la creación de otras. c) Que el acuerdo No. 641 de 2016 fusionó, entre otras, las E.S.E. Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar en la E.S.E. denominada Subred Red Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. d) Que cada una de las cuatro E.S.E. producto de la fusión, esto es, Sub Red de Servicios de Salud Sur E.S.E., Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Sub Red Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., prestarán Servicios Integrales de Salud de todos los niveles de complejidad y se articulan en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital. e) Que con el fin de efectuar la expedición de los actos administrativos, presupuestales y demás trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión de las E.S.E., se establece un período de transición de un año contado a partir de la expedición del Acuerdo N° 641 de 2016. f) Que el Acuerdo No. 641 de 2016 subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las E.S.E. fusionadas. g) Que a efectos de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud de las diferentes unidades prestadoras de servicio de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Norte .E.S.E, se hace necesario suscribir la presente orden de prestación de servicios. Así las cosas teniendo en cuenta: 1). Que LA SUB RED NORTE E.S.E., presta un servicio de salud, el cual debe ser continuo y permanente. 2). Que no existe personal que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, y el desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización que implica la contratación del servicio, y/o aun existiendo personal en la planta, éste no es suficiente 3). Que LA SUB RED NORTE E.S.E , podrá contratar directamente con la persona natural que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, sin que haya obtenido previamente varias ofertas, cuando se trate de contratos *intuito personaje*, esto es en consideración a las calidades personales del CONTRATISTA. 4). Que El CONTRATISTA reúne las condiciones y calidades para la ejecución del objeto contractual. 5).Que según lo consagrado en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y el Manual Interno de Contratación, el régimen legal aplicable a los contratos de las E.S.E. es el del derecho privado 6). Que en virtud de lo antes expuesto hemos acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios, que se regulará por lo señalado en el presente clausulado y en las normas que regulan la materia en el derecho privado, en especial el artículo 1602 y subsiguientes del Código Civil Colombiano. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA – OBJETO**. PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN LA UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR. **CLÁUSULA SEGUNDA – ACTIVIDADES O EVENTOS**: 1) Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo. 2) cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado, sensibilización en derechos y deberes a los pacientes. 3) Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades. 4) Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario y realización de los registros de enfermería, cumpliendo con la Resolución 1995/99. 5) Presentar informes, asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 6) Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente. 7) Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso. 8) Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 9) Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual. PARÁGRAFO CONFIDENCIALIDAD. La información o documentos a que tenga acceso EL CONTRATISTA en desarrollo del contrato, serán de uso exclusivo de LA SUB RED NORTE, y no podrá utilizarlos para fines distintos a los previstos, conservando su confidencialidad de conformidad con la ley. **CLÁUSULA TERCERA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA 1**). Entregar al supervisor, un informe mensual sobre la ejecución del contrato. **2**). Ejercer el auto control en sus actividades **3**). Ejecutar íntegra, efectiva y oportunamente las actividades descritas, contando con los elementos de protección personal y observando las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos y por las autoridades respectivas para el desarrollo de las actividades contratadas. **4**). Colaborar con LA SUB RED NORTE E.S.E. Para que el contrato se cumpla dentro de las mejores condiciones de calidad, eficacia, eficiencia y economía con aplicación específica, estricta y definida en el servicio, de las normas administrativas y asistenciales de la entidad, así como de los reglamentos, manuales, protocolos, guías, procesos, procedimientos y trámites expedidos o adoptados por la entidad para

UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1365000), **CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**: LA SUB RED NORTE E.S.E cancelará el valor de los honorarios con cargo al presupuesto asignado a la vigencia fiscal del año 2016, de conformidad con el certificado de disponibilidad presupuestal No. 523 del 01 de Agosto de 2016 del Rubro Contratación Servicios Asistenciales Generales Código 321030501. **CLÁUSULA SÉPTIMA - EXENCIÓN DE PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES**: Este contrato no genera vinculo laboral alguno entre LA SUB RED NORTE E.S.E y El CONTRATISTA solo tendrá derecho a lo pactado en la cláusula quinta de este contrato. **CLÁUSULA OCTAVA – DURACIÓN.** La presente orden se ejecutará hasta el 31 de agosto de 2016. **PARÁGRAFO PRIMERO**: Por razones de fuerza mayor, caso fortuito o voluntad propia, se podrá suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: El presente contrato podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración. **CLÁUSULA NOVENA - SUPERVISIÓN DEL CONTRATO**: La Supervisión del contrato la ejercerá LIDER DEL SERVICIO DE ENFERMERIA quien se obliga a: 1) Velar que se cumpla el objeto contractual, observando calidad, eficiencia y eficacia de los servicios contratados. 2) Informar al área Jurídica oportunamente respecto a los incumplimientos de las obligaciones contractuales. 3) Realizar un seguimiento a la ejecución del contrato, atendiendo la finalidad del mismo. 4) Requerir el cumplimiento de las obligaciones contractuales. 5) Expedir constancia de cumplimiento de actividades y servicios prestados. 6) Recomendar la suscripción de órdenes adicionales o modificatorias, motivadamente. 7) En caso de requerir conceptos jurídicos especializados, lo hará saber a la Oficina Jurídica. 8) Las demás actividades propias que redunden en el cumplimiento del contrato contempladas entre otras en el Manual de Contratación y las normas vigentes como el Estatuto Anticorrupción. **CLÁUSULA DÉCIMA - CESIÓN Y SUB CONTRATACIÓN**: El CONTRATISTA no podrá sub contratar ni ceder este contrato de prestación de servicios a persona alguna natural ni jurídica, sin autorización previa y escrita de LA SUB RED NORTE E.S.E. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**: El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento, no hallarse incurso (a) en alguna causal de inhabilidad, e incompatibilidad, o conflicto de intereses consignados en los términos de Ley para suscribir la presente orden, el cual se entenderá prestado además con la firma de la misma. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. - PERFECCIONAMIENTO**: Para el perfeccionamiento del presente contrato se requiere de la firma de las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. EJECUCIÓN:** Para la ejecución del presente contrato se requiere la existencia del registro presupuestal correspondiente. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. INDEMNIDAD**: El CONTRATISTA se obliga para con LA SUB RED NORTE E.S.E. a salir al saneamiento directo y responsable por cualquier reclamación laboral, civil, penal, de responsabilidad civil extracontractual, y todas aquellas que se puedan derivar de la ejecución del presente contrato de prestación de servicios, por tanto LA SUB RED NORTE E.S.E queda exonerado de toda responsabilidad judicial o extrajudicial en la ejecución del presente contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA**: **DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los documentos técnicos y legales presentados por el CONTRATISTA y los requeridos por LA SUB RED NORTE E.S.E. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL**: Se regirán por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la Ley 80 de 1993.**CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA - MULTAS**: En el evento que EL CONTRATISTA incurra en mora o incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contraídas en el presente contrato, LA SUB RED NORTE E.S.E. le impondrá multas diarias y sucesivas equivalentes al uno por ciento (1%), por cada día de mora. Las multas serán impuestas mediante acto administrativo motivado previo informe del supervisor del contrato. PARÁGRAFO: Las sumas correspondientes a la sanción podrán descontarse directamente de los saldos a favor de EL CONTRATISTA; o en su defecto se cobrarán por vía ejecutiva. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA. PENAL PECUNIARIA:** En caso de declaratoria de incumplimiento parcial de las obligaciones contraídas por EL CONTRATISTA, LA SUB RED NORTE E.S.E exigirá directamente a EL CONTRATISTA, a título de cláusula Penal, una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato. Estas sumas podrán ser descontadas de las cuentas que por cualquier concepto LA SUB RED NORTE le adeude a EL CONTRATISTA. PARÁGRAFO: El pago de la cláusula penal pecuniaria, no impedirá hacer la reclamación de la indemnización de los perjuicios comprobados, por lo tanto, no se excluirán entre sí; y mucho menos extinguirá el cumplimiento de la obligación principal. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA**: CAUSALES **DE TERMINACIÓN**: a) Por mutuo acuerdo. b) Por incumplimiento por parte del contratista de las obligaciones contraídas en virtud del presente contrato. c) Por fenecimiento del plazo convenido. d) Por extinción del objeto contractual. e) Por caso fortuito o fuerza mayor. PARÁGRAFO: Al momento de la terminación del contrato EL CONTRATISTA, deberá solicitar al supervisor del contrato la certificación que acredite que se encuentra a paz y salvo por concepto de activos fijos, carné, tesorería, facturación, documentación o cualquier otro concepto a que haya lugar. **CLÁUSULA VIGÉSIMA.** Las partes contratantes declaran que para todos los efectos legales y extrajudiciales fijan como domicilio contractual la ciudad de Bogotá. Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 1 día de agosto de 2016.

LA SUB RED NORTE

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

CONTRATISTA

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
CC. No 52874854 52874854

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Agosto 1 De 2016 CDP No. 523

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

COPIA

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

DEPENDENCIA : T01S GERENCIA Y J.DIREC.-GEREN

CODIGO RUBRO.....: 1000013210300000000000501
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321030501
NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

SALDO DE DISPONIBILIDADES :	31,500,811,406.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE :	3,247,529,783.00
SALDO DE APROPIACION :	34,748,341,189.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: PINZON IREGUI MARIA CLEMENCIA ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

CONTRATACION ASISTENCIAL SIMON BOLIVAR

POR UN VALOR INICIAL DE :	2,803,146,225.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE :	.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE :	2,803,146,225.00

DOS MIL OCHOCIENTOS TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 31,500,811,406.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 444,383,558.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (60) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

PINEROS BARRETO MAGDA YISELA
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

20-9-16

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Agosto 1 De 2016 **CRP. N°: 16117**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **COPIA**

CERTIFICA :

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 y 14 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DELPRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2016 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: T01S GERENCIA Y J.DIREC.-GEREN

CODIGO DEL RUBRO.....: 10000132103000000000000501
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321030501
NOMBRE DEL RUBRO.....: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

TCTA LA DISPONIBILIDAD NRO: 523 -

LA SUMA INICIAL DE:	1,365,000.00
CON UN REINTEGRO DE:	0.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE:	1,365,000.00

UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUXILIAR DE ENFERMERIA
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: 488 /16
A NOMBRE DE: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
CC. o NIT: 52874854-2
OBJETO:

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA A LOS 1 DIAS DEL MES DE Agosto DE 2016

PINEROS BARRETO MAGDA YISELA
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SOMETIDA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGALMENTE ESTABLECIDO QUE ES DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E	**DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN**	CÓDIGO : RF-F-10-01
		VERSIÓN : 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 05/07/2016

Fecha de elaboración: d/m/a	01/10/2016

DATOS DE LA PERSONA DESIGNADA COMO SUPERVISOR

Doctor (a)
GISELLE HAUSEUR
LIDER DEL SERVICIO DE ENFERMERIA
ÁREA DE ENFERMERIA
SUBRED NORTE E.S.E

De manera atenta le comunico que el contrato que se relaciona a continuación se encuentra legalizado, toda vez que cumple con los requisitos previstos en el Manual de Contratación de la Entidad, por tal motivo y para dar inicio a su ejecución, mediante éste documento se le informa que usted ha sido designado como supervisor del mismo, según lo referido a continuación:

INFORMACIÓN DEL CONTRATO A SUPERVISAR

Tipo de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Contrato No.	4286 de 2016
Nombre del contratista	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Objeto del Contrato	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Registro Presupuestal	21767 expedido el 2016/10/01 (CDP 1541 del 30 de septiembre de 2016)

ACCIONES DE SUPERVISIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO

Por lo anterior, solicitamos su apoyo en el seguimiento y control del mismo, ejerciendo la supervisión adecuada conforme a lo establecido en la Resolución No. 371 de 2016, *" Por medio de la cual se expide el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E"*, que contempla en su Artículo 24, las funciones de supervisión o interventoría, entre otras, las siguientes :

1. Vigilar el cumplimiento de los plazos, la vigencia de los plazos.

2. Sustentar por escrito las recomendaciones que se hagan por su parte frente al desarrollo del contrato.

3. Controlar que el contratista cancele cumplidamente las obligaciones laborales y tributarias que se deriven del contrato.

4. Revisar las facturas y cuentas de cobro presentadas por el contratista a la Subred en caso de ser necesarias realizar cronológicamente los pagos y deducciones del contrato.

5. Vigilar que no se asuman compromisos que no tengan la respectiva disponibilidad presupuestal. En el evento de requerirse mayores recursos el supervisor deberá motivar la solicitud y dar visto bueno a la respectiva adición presupuestal

6. Presentar a la finalización del contrato el informe de balance final de ejecución o contrato a efecto de realizar el acta de liquidación respectiva.

7. Vigilar que la ejecución del contrato se realice conforme a lo estipulado en el mismo, es decir que se efectúe de acuerdo a los requerimientos contractuales, tales como: El objeto, las obligaciones, el plazo de ejecución, el valor y la forma de pago entre otros.

8. Las demás que se indican en el Manual de contratación señalado.

Atentamente,

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

Anexo: Copia del contrato en mención

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Agosto 31 De 2016 **CRP. N°: 19663**

COPIA

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA :

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 y 14 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DELPRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2016 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO DEL RUBRO.....: 10000132103000000000000501
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321030501
NOMBRE DEL RUBRO.....: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO: 1130 -

LA SUMA INICIAL DE: 1,365,000.00
CON UN REINTEGRO DE: 0.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE: 1,365,000.00

UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUXIILIAR DE ENFERMERIA USS SB
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: 488
A NOMBRE DE: GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
CC. o NIT: 52874854-2
OBJETO: AUXIILIAR DE ENFERMERIA USS SB

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA A LOS 31 DIAS DEL MES DE Agosto DE 2016

FINEROS BARRETO MAGDA YISELA
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SOMETIDA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGALMENTE ESTABLECIDO QUE ES DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

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

523

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Mireya Guzman Gutierrez — No. ORDEN: 488

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52874854 — CENTRO DE COSTO: CO1A

OBJETO DE LA ORDEN: **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

DURACIÓN DE LA ORDEN 2 MESES — HORAS CONTRATADAS (Si Aplica): 180

FECHA INICIO: AA 16 MES 08 DIA 1 — FECHA TERMINACIÓN: AA 16 MES 09 DIA 30

VALOR TOTAL DE LA ORDEN: $2.730.000 — VALOR A PAGAR EN EL MES: $1.365.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE/16 TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica): 180

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIÓ		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	CUMPLE CON EL PROCESO ESTABLECIDO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO	✓		
2	CUMPLE CON LOS TURNOS ASIGNADOS	✓		
3	REALIZA LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN FORMA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA	✓		
4	EJECUTA ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA DEMOSTRANDO, HABILIDADES, CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS	✓		
5	CUMPLE CON EL CUIDADO Y CUSTODIA DE LOS ELEMENTOS Y EQUIPOS QUE UTILIZAN PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU CARGO REPORTANDO DAÑOS O INCIDENTES DE LOS MISMOS EN FORMA OPORTUNA	✓		
6	CUMPLE CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS POR LA INSTITUCIÓN	✓		
7	REALIZA LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS A SUS PACIENTES CON AMABILIDAD, OPORTUNIDAD Y RESPETO	✓		
8	MANTIENE Y COLABORA CON UN AMBIENTE DE CORDIALIDAD Y RESPETO HACIA SUS COMPAÑEROS Y SUPERIORES, RESPETANDO LAS LINEAS DE AUTORIDAD EN EL SERVICIO	✓		
9	ASISTE DE FORMA RESPONSABLE A CAPACITACIONES Y PERIÓDICAMENTE SE ACTUALIZA EN LAS GUIÁS, PROTOCOLOS O INSTRUCTIVO DE LA INSTITUCIÓN	✓		

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

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

Diana Mireya Guzman Gutierrez
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

L. Giselle Hauzeur T.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Yun Ubeza

Diana Guzman 52874854
FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA

Giselle Hauzeur
Profesional Especializado
C.C. 41.650.745

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR

41650745

SERVICIO DE ENFERMERIA

22 SEP 2016

HORA

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2016-09-21, 12:30:27 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8811192970

Periodo Cotización: septiembre de 2016 **Periodo Servicio:** septiembre de 2016 **Referencia pago (PIN):** 8860638250

PAGADO: 21/09/2016

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ		
Documento	CC52874854	**Dirección**	CLL 84 B NO 89 A 26
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223294995
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA	**Identificación**	CC 52874854
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRP	DIAS INCAPACIDAD	DIAS LICENCIA MATERNIDAD	DIAS LICENCIA REMUNERADA	Horas Laboradas	Horas Incapacidad	Horas Licencia Maternidad	Horas Licencia Remunerada	Horas Vacaciones	Horas Sanción	Horas Ausentismo	Horas Licencia No Remunerada	Horas Huelga Legal	Horas Suspensión Temporal	Horas Licencia Remunerada Paternidad	Horas Licencia Luto	Horas Licencia Remunerada Calamidad	Horas Licencia Remunerada Matrimonio	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52874854	DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ	03	00											0	30	30	30	0													(23)1001) COLFONDOS	$ 689.455	$ 110.313	(EPS005) EPS SANITAS	$ 689.455	$ 86.200	2,436	$ 688.456	$ 16.800	(NH-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.313

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 689.455	$ 689.455	$ 689.455	$ 0	$ 110.313	$ 86.200	$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.313	$ 1.700	$ 215.013

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

52874854

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 52874854, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

Nombre: Diana Miryam Guzman Gutierrez
cedula: 52874854
servicio: sala de cirugia
USS Simon Bolivar

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, Diana Mireya Guzmán Gutierrez

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 52814814 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
cll 84 B N 89. A 26	3-22-329-49-98

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
BOGOTA	Cundinamarca	Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Daniel Santiago Guzmán		Hijo
Jorge Alirio Guzmán		Padre
Mirx Gutierrez		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** [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	14.400.000=
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$5.600.000=
ARRIENDOS	$4.800.000=
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	4.000.000=

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	450700062455	Port Royal	$7.000=

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 CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

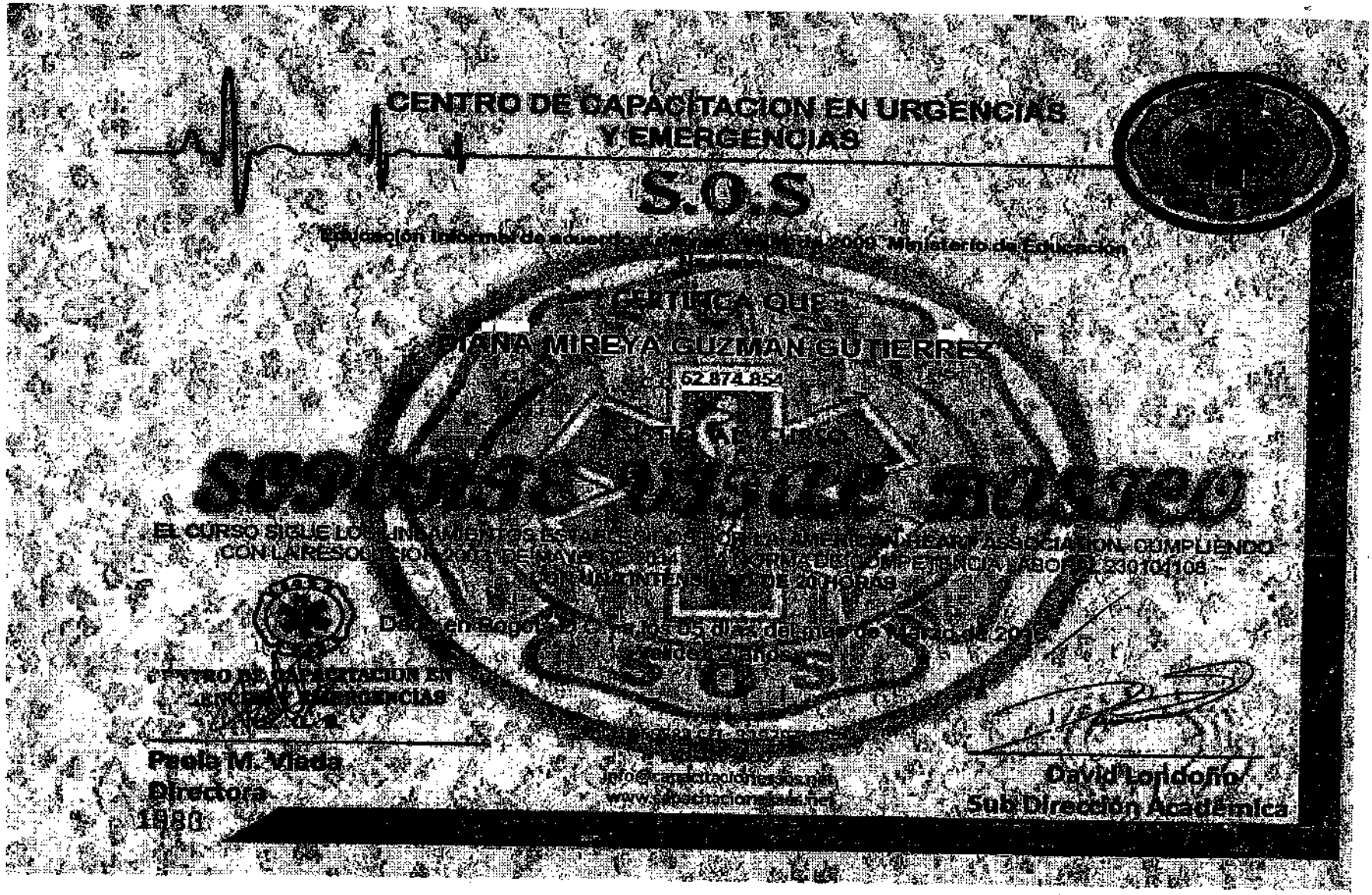
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

Diana Guzmán
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO

Bogotá, Septembre/21/16
CIUDAD Y FECHA


CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS
S.O.S
Educación Informal de acuerdo a la Ley 115 de 1994 Ministerio de Educación
CERTIFICA QUE:
DIANA MIREYA GUZMAN GUTIERREZ
52.874.854
EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS
Dado en Bogotá D.C. a los 05 días del mes de Marzo de 2015
CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
Paola M. Viada
Directora
1980
info@capacitacionensos.com
www.educacionensos.net
David Londoño
Sub Dirección Académica

FOSYGA
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

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

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 09/21/2016 12:53:58
Estación de origen: 201.245.201.186

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52874854
NOMBRES	DIANA MIREYA
APELLIDOS	GUZMAN GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	29/05/2002	31/12/2999	COTIZANTE

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

OTROSÍ N° 01 MODIFICACIÓN, PRÓRROGA Y ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 488 -2016 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLIVAR E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber, por una parte, MARIA CLEMENCIA PINZÓN IREGUI, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.754.728 de Bogotá D.C., en su calidad de GERENTE de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., con NIT. 900971006-4, de conformidad con el Acuerdo N° 641 de 2016 expedido por el Concejo de Bogotá y el Decreto Nº 171 del 08 de abril de 2016 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., quien para los efectos del presente contrato en adelante se denominará la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, por una parte, y por la otra, GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA, identificado (a) con C.C. No. 52874854, quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, que por necesidades del servicio, hemos acordado introducir el presente Otro Sí a la orden de prestación de servicios No. 488 de 2016, en virtud del cual se modifican sus actividades, se adiciona su valor y se prorroga su duración así: CLAUSULA PRIMERA: A las demás actividades de la CLAUSULA QUINTA-ACTIVIDADES Y EVENTOS del contrato adiciónese la siguiente: 1) Prestar apoyo asistencial en otros servicios, cuando se requiera. CLAUSULA SEGUNDA – VALOR DEL CONTRATO: Adiciónese el valor de la orden en la suma de UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M.CTE. ($1365000). CLAUSULA TERCERA – DURACION: Prorróguese el plazo de duración de la orden hasta el 30 de septiembre de 2016, esto desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. CLAUSULA CUARTA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: Los pagos se harán con cargo al presupuesto asignado a la vigencia fiscal del año 2016 de conformidad con el certificado de disponibilidad presupuestal No. 1130 del 01 de septiembre de 2016, del rubro servicios asistenciales generales – Código 321030501. CLAUSULA QUINTA - PERFECCIONAMIENTO: Para el perfeccionamiento de la presente MODIFICACIÓN - PRÓRROGA - ADICIÓN se requiere de la firma de las partes y la existencia del Registro Presupuestal correspondiente. CLAUSULA SEXTA: Las demás condiciones de la Orden de Prestación de Servicios siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta.

Para constancia se firma en Bogotá, D.C, a los 1 días del mes de septiembre de 2016.

LA CONTRATANTE

MCore

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

EL (LA) CONTRATISTA

Diana Guzman

GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
C.C. 52874854 52874854
Domicilio: cl 84 B N 99 A 26.

Elaboró: Linda Yerardin Correal Dávila
Revisó y Aprobó: Carlos Agón LLanos

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 1428 - 2016 SUSCRITO ENTRE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL ENGATIVÁ E.S.E. Y GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA

Entre los suscritos a saber, por una parte, **MARÍA CLEMENCIA PINZÓN IREGUI**, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 51.754.728 de Bogotá, D.C., en su calidad de GERENTE de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., Unidad de Prestación de Servicios de Salud Hospital Engativá E.S.E. con Nit. 830077688-9, de conformidad con el Acuerdo N° 641 de 2016 expedido por el Concejo de Bogotá y el Decreto Nº 171 del ocho (08) de abril de dos mil dieciséis (2016) expedido por el alcalde Mayor de Bogotá D.C., quien para los efectos del presente contrato en adelante se denominará la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, por una parte, y por la otra, **GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA**, identificado (a) con C.C. No. **52874854**, quien actúa en su propio nombre y representación y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA hemos convenido celebrar el presente contrato, previa las siguientes consideraciones a) Mediante Acuerdo No.641 de abril 06 de 2016, expedido por el Concejo de Bogotá, D.C. se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá Distrito Capital, se modifica el Acuerdo No. 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. b) Que el Acuerdo en mención tiene por objeto efectuar la reorganización del Sector Salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual determinó la fusión de algunas entidades y la creación de otras. c) Que el acuerdo No. 641 de 2016 fusionó, entre otras, las E.S.E. Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar en la E.S.E. denominada Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. d) Que cada una de las cuatro E.S.E. producto de la fusión, esto es, Sub Red de Servicios de Salud Sur E.S.E., Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Sub Red Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., prestarán Servicios Integrales de Salud de todos los niveles de complejidad y se articulan en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital. e) Que con el fin de efectuar la expedición de los actos administrativos, presupuestales y demás trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión de las E.S.E., se establece un periodo de transición de un año contado a partir de la expedición del Acuerdo N° 641 de 2016. f) Que el Acuerdo No. 641 de 2016 subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las E.S.E. fusionadas. g) Que a efectos de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud de las diferentes unidades prestadoras de servicio de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Norte .E.S.E, se hace necesario suscribir la presente orden de prestación de servicios. Así las cosas teniendo en cuenta: 1). Que LA SUB RED NORTE, presta un servicio de salud, el cual debe ser continuo y permanente. 2). ...e no existe personal que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, y el desarrollo de la actividad requiere un grado de ...pecialización que implica la contratación del servicio, y/o aun existiendo personal en la planta, éste no sea suficiente 3). Que LA SUB RED NORTE, podrá contratar directamente con la persona natural que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, sin que haya obtenido previamente varias ofertas, cuando se trate de contratos *intuito personae*, esto es en consideración a las calidades personales del CONTRATISTA. 4). Que El CONTRATISTA reúne las condiciones y calidades para la ejecución del objeto contractual. 5). Que según lo consagrado en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y el Manual Interno de Contratación, el régimen legal aplicable a los contratos de las E.S.E. es el del derecho privado 6). Que en virtud de lo antes expuesto hemos acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios, que se regulará por lo señalado en el presente clausulado y en las normas que regulan la materia en el derecho privado, en especial por el artículo 1602 y subsiguientes del ...digo civil colombiano. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA – OBJETO. PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ...IDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLÍVAR E.S.E. CLÁUSULA SEGUNDA – ACTIVIDADES O EVENTOS**: 1) Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo. 2) cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado, sensibilización en derechos y deberes a los pacientes. 3) Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades. 4) Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario y realización de los registros de enfermería, cumpliendo con la Resolución 1995/99. 5) Presentar informes, asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. 6) Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente. 7) Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso. 8) Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 9) Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual. PARÁGRAFO CONFIDENCIALIDAD. La información o documentos a que tenga acceso EL CONTRATISTA en desarrollo del contrato, serán de uso exclusivo de LA SUB RED NORTE, y no podrá utilizarlos para fines distintos a los previstos, conservando su confidencialidad de conformidad con la ley. **CLÁUSULA TERCERA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA** 1). Entregar al supervisor, un informe mensual sobre la ejecución del contrato. 2). Ejercer el auto control en sus actividades y presentar la programación mensual de estas dentro de los cinco (05) primeros días de cada mes, cuando el contrato comporte el desarrollo de actividades o metas finales y/o parciales. 3). Ejecutar integra, efectiva y oportunamente las actividades descritas en las obligaciones especiales y objeto del contrato, contando con los elementos de protección personal y observando las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos y por las autoridades respectivas para el desarrollo de las actividades contratadas. 4). Colaborar con LA SUB RED NORTE ...ra que el contrato se cumpla dentro de las mejores condiciones de calidad, eficacia, eficiencia y economía con aplicación específica, estricta y definida en el servicio, de normas administrativas y asistenciales de la entidad, así como de los reglamentos, manuales, protocolos, guías, procesos, procedimientos y trámites expedidos o adoptados por la entidad para el normal y debido funcionamiento de las actividades requeridas. 5). Desarrollar en forma personal, autónoma, eficiente y correctamente el objeto del presente contrato, teniendo en cuenta las normas internas de LA SUB RED NORTE, con el fin de lograr un mejor eficiente desarrollo del presente contrato. 6). El CONTRATISTA deberá conocer y participar del Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA como parte activa del mismo, apoyando las actividades generadas desde el proceso de Gestión Ambiental. 7). El CONTRATISTA, tendrá plena autonomía y será responsable ante LA SUB RED NORTE por el desempeño y cumplimiento de las obligaciones y responsabilidades inherentes al presente contrato de prestación de servicios, de conformidad con las cláusulas contenidas en este documento, y ...mas legales aplicables para este tipo de contratos. 8). EL CONTRATISTA deberá junto con el informe mensual de actividades entregar el soporte de pago – ajustado a normativa vigente - de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión, ARL. 9). Es obligación del CONTRATISTA, responder y velar por el cuidado y debido uso de los bienes de LA SUB RED NORTE y en caso de pérdida o daño a los elementos utilizados deberá responder por el deducible de la póliza que los ampara, si su valor fuera cubierto por ésta, o su valor total en caso de ser su valor menor al deducible. 10). El incumplimiento u omisión en desarrollo de las actividades que genere perjuicios económicos a la SUB RED NORTE, serán asumidos única y exclusivamente por EL CONTRATISTA, debiendo reintegrar a la SUB RED Norte la totalidad de los valores glosados por los entes a los que este vende los servicios básicos de salud. 11). Adquirir y usar los elementos de protección adecuados para los riesgos a los cuales están expuestos en el desarrollo de su objeto contractual, de acuerdo con las normas técnicas establecidas para los mismos. 12). Informar con una antelación no menor a diez (10) días su intención de dar por terminada la Orden de Prestación de Servicios. De no procederse en los términos anteriores el contratista faculta a la SUB RED NORTE con la suscripción de la presente orden, la deducción de los perjuicios generados con su retiro intempestivo estimados con base en las actividades relacionadas en su programación mensual. **CLÁUSULA CUARTA. OBLIGACIONES DE LA SUB RED NORTE.** 1) Adoptar las medidas para mantener la ejecución del contrato, las condiciones técnicas, económicas y financieras existentes al momento de contratar. 2) Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor de las actividades 3) Designar al supervisor del contrato de prestación de servicios. **CLÁUSULA QUINTA- VALOR DEL CONTRATO**: El presente contrato de prestación de servicios tendrá un valor por concepto de honorarios de **UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS. ($1365000) CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**: LA SUB RED NORTE cancelará los honorarios del presente contrato mes vencido de acuerdo a las actividades desarrolladas, para lo cual el supervisor del contrato expedirá certificación de cumplimiento de las mismas y El CONTRATISTA deberá presentar copia de los comprobantes de pago a salud, pensión, ARL según la Ley. PARÁGRAFO. Los pagos se harán con cargo al presupuesto asignado a la vigencia fiscal del año 2016, de conformidad con el certificado de disponibilidad presupuestal No. 3179 del 30 de junio de 2016 del rubro Contratación Servicios Asistenciales Generales - Código 321030501. **CLÁUSULA SÉPTIMA - EXENCIÓN DE PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES**: Este contrato no genera vínculo laboral alguno entre LA SUB RED NORTE y El CONTRATISTA, solo tendrá derecho a lo pactado en la cláusula quinta de este contrato. **CLÁUSULA OCTAVA – DURACIÓN**. La presente orden se ejecutará hasta el 31 de julio de 2016. PARÁGRAFO PRIMERO: Por razones de fuerza mayor, caso fortuito o voluntad propia, se podrá suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión. PARÁGRAFO SEGUNDO: El presente contrato podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD

INCOMPATIBILIDADES: El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento, no hallarse incurso (a) en alguna causal de inhabilidad, e incompatibilidad, o conflicto de intereses consignados en los términos de Ley para suscribir la presente orden, el cual se entenderá prestado además con la firma de la presente orden. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. - PERFECCIONAMIENTO: Para el perfeccionamiento del presente contrato se requiere de la firma de las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA.** EJECUCIÓN: Para la ejecución del presente contrato se requiere la existencia del registro presupuestal correspondiente. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL**: Por el presente contrato El CONTRATISTA no adquiere vínculo laboral alguno con LA SUB RED NORTE, y es el único responsable de la prestación del servicio. En consecuencia y de conformidad con lo regulado para el efecto por la legislación civil, no tendrá derecho a reconocimiento de ningún otro emolumento distinto al pago del valor determinado como honorarios. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - INDEMNIDAD**: El CONTRATISTA se obliga para con LA SUB RED NORTE a salir al saneamiento directo y responsable por cualquier reclamación laboral, civil, penal, de responsabilidad civil extracontractual, y todas aquellas que se puedan derivar de la ejecución del presente contrato de prestación de servicios, por tanto LA SUB RED NORTE queda exonerado de toda responsabilidad judicial o extrajudicial en la ejecución del presente contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA**: DOCUMENTOS: Forman parte integral del presente contrato los documentos técnicos y legales presentados por el CONTRATISTA y los requeridos por LA SUB RED NORTE. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL**: Se regirán por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la Ley 80 de 1993. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. - MULTAS:** En el evento que EL CONTRATISTA incurra en mora o incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contraídas en el presente contrato, LA SUB RED NORTE le impondrá multas diarias y sucesivas equivalentes al uno por ciento (1%), por cada día de mora. Las multas serán impuestas mediante acto administrativo motivado previa informe del Supervisor del contrato. De la multa impuesta se informará a la cámara de comercio y demás organismos competentes. PARÁGRAFO: Las sumas correspondientes a la sanción podrán descontarse directamente de los saldos a favor de EL CONTRATISTA; o en su defecto se cobrarán por vía ejecutiva. **CLAUSULA DÉCIMA NOVENA. PENAL PECUNIARIA**: En caso de declaratoria de incumplimiento parcial de las obligaciones contraídas por EL CONTRATISTA, LA SUB RED NORTE exigirá directamente a EL CONTRATISTA, a título de cláusula Penal, una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato. Estas sumas podrán ser descontadas de las cuentas que por cualquier concepto LA SUB RED NORTE le adeude a EL CONTRATISTA. PARÁGRAFO: El pago de la cláusula penal pecuniaria, no impedirá hacer la reclamación de la indemnización de los perjuicios comprobados, por lo tanto, no se excluirán entre sí; y mucho menos extinguirá el cumplimiento de la obligación principal. **CLÁUSULA VIGÉSIMA. CAUSALES DE TERMINACIÓN**: a) Por mutuo acuerdo. b) Por incumplimiento por parte del contratista de las obligaciones contraídas en virtud del presente contrato. c) Por fenecimiento del plazo convenido. d) Por extinción del objeto contractual. e) Por caso fortuito o fuerza mayor. PARÁGRAFO: Al momento de la terminación del contrato EL CONTRATISTA, deberá solicitar al supervisor del contrato el certificación que acredite que se encuentra a paz y salvo por concepto de los fijos, carné, tesorería, facturación, documentación o cualquier otro concepto a que haya lugar. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. RÉGIMEN LEGAL**: El presente contrato se rige por las normas del derecho privado, en especial las contenidas en el Código Civil y Comercial. CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: Las partes contratantes declaran que para todos los efectos legales y extrajudiciales fijan como domicilio contractual la ciudad de Bogotá. Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 01 días del mes de julio de 2016.

LA SUB RED NORTE

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

Proyectó: Carlos Agon Llanos
Asesor Jurídico
Revisó: Carlos Agon Llanos
Asesor Jurídico

CONTRATISTA

Diana Guzman 52874854
GUZMAN GUTIERREZ DIANA MIREYA
Cédula: 52874854