

0174

Bogotá, D.C., 11 de Julio de 2007

Doctor

LUIS ALEJANDRO GÓMEZ BARRERA

Profesional Especializado área de la Salud (Salud Pública)

Hospital del Sur Empresa Social del Estado

E. S. M.

ASUNTO: NOTIFICACIÓN SUPERVISIÓN OPS No 890-2007

Respetado doctor(a):

De manera atenta me permito informarle que ha sido delegado(a) para ejercer la supervisión de la Orden de Prestación de Servicios No890-2007, la cual fue celebrada el día 11 de Julio de 2007, para apoyo de las actividades que se relacionan más adelante. En tal sentido para lo pertinente de su competencia, la orden referida contiene la siguiente información:

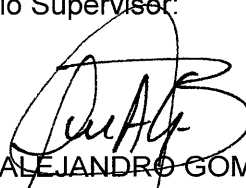
CONTRATISTA:	YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON	
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	52966701	
OBJETO:		
Apoyo y Soporte Técnico en el área de Enfermería como auxiliar para el desarrollo de las diferentes actividades a cargo del Plan de Atención Básica del Hospital del Sur ESE.		
OBLIGACIONES CONTRACTUALES:		
Desarrollo del operativo de campo: .1.) Desparasitación con Albendazol suspensión oral al 100% de los niños y niñas con autorización por parte de los padres. Esta actividad debe ser desarrollada por médico e incluye la valoración del profesional para la correspondiente formulación. La entrega efectiva del Albendazol se debe realizar 15 días antes de iniciar la primera fase de suplementación con hierro. 2.) Suplementación con vitamina A única dosis al 100% de los niños y niñas de cinco años autorizados por sus padres diez días después de la desparasitación. 3.) Entrega efectiva del sulfato ferroso en dos fases con intervalo mínimo de cuatro meses según el esquema de suplementación. El número de días no debe ser inferior a 15 días consecutivos correspondiente a una dosis por día o en su efecto mínimo doce dosis entregadas y las restantes se entregarán a los padres de familia, previa orientación y firma de compromiso por parte de ellos para el suministro de las dosis faltantes. 4.) Supervisión y acompañamiento al equipo operativo por parte del profesional en nutrición, para asegurar el adecuado desarrollo de la entrega del hierro a los escolares. – Sistematización del proceso: 1.) Sistematización y depuración de la información en el software entregado por el área de vigilancia en salud pública. 2.) Mapeo de los colegios incluidos en el proceso de suplementación alimentaria y nutricional. 3.) Diligenciamiento y entrega del carne de suplementación al 100% de los niños y niñas suplementados. 4.) Elaboración de informe técnico por cada fase y socialización en las diferentes instancias locales (Sala Institucional, Sector de Educación, comité SAN Etc.) 5.) Aplicación de encuestas de satisfacción a docentes, padres de familia, niños, niñas y análisis de los resultados en el informe final del proceso. Así como: 1. Cumplir con las metas y actividades programadas con el Referente del Ámbito Escolar. 2.) Salvaguardar y responder por los insumos y equipos de la institución. 3.) Dar cumplimiento a la ficha técnica del componente de gestión del ámbito escolar. 4.) Presentación de informes requeridos por el referente del ámbito escolar y la Secretaria Distrital de Salud. 5.) Trato amable con la comunidad. 6.) Cumplimiento de normas de bioseguridad.		
VALOR TOTAL	\$900000	PLAZO
VALOR MENSUAL PRODUCTOS:	\$900000	UN (1) MES
FECHA DE INICIO:	12 de Julio de 2007	

Así mismo le informo que para ejercer la supervisión deberá acogerse a lo establecido en la Resolución No. 169 del 25 de Mayo de 2005.

Cordialmente,

Recibió Supervisor:


RAMON SEGURA MOLINA
Profesional Universitario -Contratación


LUIS ALEJANDRO GOMEZ BARRERA
Profesional Especializado área de la Salud
(Salud Pública)

Proyectó, Elaboró: Hugo León Quintero

¡Salud con sentido humano!

Bogotá sin indiferencia

Carrera 78 No. 35 71 Sur Teléfonos: 273 1783- 273 1806 -273 1819 Bogotá D.C.

E-mail : gerencia@correo.hospitalsur.gov.co

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Julio 12 de 2007

CRP. No. 2195

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS ALÍNEAS 13 y 14 DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY 60 DE 1993, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2007 CON CARO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: 0247 SUBGERENCIA SERVICIOS DE

CÓDIGO RUBRO: 110003033112010334010101010

CÓDIGO PRESUPUESTAL: 331170103340010110

NOMBRE RUBRO: REINTEGRACION DE SERVICIOS TECNICOS ASISTENCIALES

COTA LA DISPONIBILIDAD MRO : 1074

LA SUMA INICIAL DE : 900,000.00

CON UN REINTEGRO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 900,000.00

MIL NOVECIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: CONTRATACION RECURSO PLAN DE ATENCION BASICA

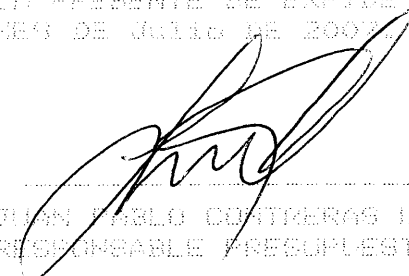
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: CFS/890/2007

A NOMBRE DE: MANRIQUE PINZON YFIMY YURANY

C.C. o NIT : 52966701

ORDEN : CONTRATACION RECURSO PLAN DE ATENCION BASICA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO A LOS 12 DIAS DEL MES DE JULIO DE 2007.



JUAN PABLO CONTRERAS LIZARAZO
RESPONSABLE 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.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA

12 de Julio de 2007

Doctor

JUAN PABLO CONTRERAS LIZARAZO

Subgerente Administrativo y Financiero

Atentamente solicito expedir el siguiente registro presupuestal
para cubrir las obligaciones relacionadas a continuación :

CONTRATO	CONTRATISTA	NIT	VALOR	DISPONIBILIDAD
OPS 890-2007	YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON	52966701	\$900000	1074

Cordialmente,



RAMON SEGURA MOLINA
Profesional Universitario

Elaboró: Hugo Quintero

HOSPITAL DEL SUR

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nit.830.077.444-9

1

ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 890-2007, CELEBRADA ENTRE EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Y YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON.

Bogotá, D.C. 11 de Julio de 2007

Señor (a).

YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON

Cédula de Ciudadanía No 52966701 .

Dirección: CALLE 48 L No 5 F 26 SUR

Teléfono: 2799094 CEL 3138118975

Bogotá D. C.

EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, requiere contratar la prestación de servicios de Apoyo y Soporte Técnico en el área de Enfermería para el cumplimiento de las metas establecidas en el Componente del Plan de Atención Básica y Salud Pública desarrollados por el Hospital del Sur ESE, de conformidad con la solicitud del área, documentos que hacen parte integral de la presente orden de acuerdo a los procedimientos establecidos por el Hospital en los términos que a continuación se establecen:

CLAUSULA PRIMERA.-OBJETO: El contratista se obliga para con el Hospital del Sur Empresa Social del Estado a prestar por sus propios medios, con plena autonomía técnica y operativa sus servicios como “Apoyo y Soporte Técnico en el área de Enfermería como auxiliar para el desarrollo de las diferentes actividades a cargo del Plan de Atención Básica del Hospital del Sur ESE.”, las cuales se describen en la cláusula segunda de la presente orden.

CLAUSULA SEGUNDA.-OBLIGACIONES: EL CONTRATISTA se obliga para con el HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, de conformidad con la propuesta presentada, la cual hace parte integral de la presente orden a:

Desarrollo del operativo de campo: .1.) Desparasitación con Albendazol suspensión oral al 100% de los niños y niñas con autorización por parte de los padres. Esta actividad debe ser desarrollada por médico e incluye la valoración del profesional para la correspondiente formulación. La entrega efectiva del Albendazol se debe realizar 15 días antes de iniciar la primera fase de suplementación con hierro. 2.) Suplementación con vitamina A única dosis al 100% de los niños y niñas de cinco años autorizados por sus padres diez días después de la desparasitación. 3.) Entrega efectiva del sulfato ferroso en dos fases con intervalo mínimo de cuatro meses según el esquema de suplementación. El número de días no debe ser inferior a 15 días consecutivos correspondiente a una dosis por día o en su efecto mínimo doce dosis entregadas y las restantes se entregarán a los padres de familia, previa orientación y firma de compromiso por parte de ellos para el suministro de las dosis faltantes. 4.) Supervisión y acompañamiento al equipo operativo por parte del profesional en nutrición, para asegurar el adecuado desarrollo de la entrega del hierro a los escolares. – Sistematización del proceso: 1.) Sistematización y depuración de la información en el software entregado por el área de vigilancia en salud pública. 2.) Mapeo de los colegios incluidos en el proceso de suplementación alimentaria y nutricional. 3.) Diligenciamiento y entrega del carne de suplementación al 100% de los niños y niñas suplementados. 4.) Elaboración de informe técnico por cada



Salud con sentido humano.!



Calle 35 A Sur No. 75B - 17 Teléfonos 2731819-2731806 - 2731783 Bogotá D.C. Colombia
E-mail : delsur@esebogota.gov.co

HOSPITAL DEL SUR

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nit.830.077.444-9

2

ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 890-2007, CELEBRADA ENTRE EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Y YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON.

fase y socialización en las diferentes instancias locales (Sala Institucional, Sector de Educación, comité SAN Etc.) 5.) Aplicación de encuestas de satisfacción a docentes, padres de familia, niños, niñas y análisis de los resultados en el informe final del proceso. Así como: 1. Cumplir con las metas y actividades programadas con el Referente del Ámbito Escolar. 2.) Salvaguardar y responder por los insumos y equipos de la institución. 3.) Dar cumplimiento a la ficha técnica del componente de gestión del ámbito escolar. 4.) Presentación de informes requeridos por el referente del ámbito escolar y la Secretaría Distrital de Salud. 5.) Trato amable con la comunidad. 6.) Cumplimiento de normas de bioseguridad.

CLAUSULA TERCERA.- VALOR Y FORMA DE PAGO: Para todos los efectos legales y fiscales el valor total de la orden es por la suma de NOVECIENTOS MIL (\$900,000,00) PESOS M/CTE. El Hospital del Sur ESE pagará al Contratista el valor de la presente orden de la siguiente manera: El valor de la presente orden será cancelado al contratista, con cortes a treinta (30) de cada mes, una vez terminado el plazo de ejecución pactado entre las partes, previa certificación de cumplimiento con el lleno de los requisitos, suscrita por el supervisor de la orden. Para efectos de los desembolsos de que trata la presente cláusula (los cuales estarán sujetos a la disponibilidad del Plan Anual de Caja PAC mensualizado), el Contratista deberá acreditar su afiliación obligatoria y pago actualizado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Administradora de Riesgos Profesionales.

CLÁUSULA CUARTA.-RELACIÓN LABORAL: Para efectos de la ejecución de la presente Orden no existirá ningún vínculo laboral entre el Hospital y el Contratista, por tanto el Hospital del Sur Empresa Social del Estado no estará obligado a pagar sumas de dinero al CONTRATISTA por concepto de prestaciones sociales, indemnizaciones y demás obligaciones a que hubiere lugar de acuerdo con lo establecido por la legislación laboral.

CLÁUSULA QUINTA.- PENAL PECUNIARIA: En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones contraídas por parte del Contratista, el HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO exigirá directamente al CONTRATISTA, a título de cláusula penal una suma equivalente al Quince por ciento (15%) del valor total de la presente Orden, que se considera como un pago parcial de los perjuicios ocasionado

CLÁUSULA SEXTA.-DURACIÓN: La presente Orden tendrá una duración de UN (1) MES, contados a partir del día 12 de Julio de 2007.

CLÁUSULA SÉPTIMA.-RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA ORDEN: Si para la ejecución del objeto y obligaciones contractuales pactadas entre las partes en la presente orden, el Contratista recibe equipos y/o elementos devolutivos, una vez se de por terminada la orden dentro del término definido por las partes o con anterioridad, deberá devolverlos previa coordinación con el área de Activos Fijos quien expedirá el correspondiente Paz y Salvo. En caso de presentarse durante la ejecución de la presente orden perdida

Salud con sentido humano.!



Calle 35 A Sur No. 75B - 17 Teléfonos 2731819-2731806 - 2731783 Bogotá D.C. Colombia
E-mail : delsur@esebogota.gov.co

**ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 890-2007,
CELEBRADA ENTRE EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO Y YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON.**

fase y socialización en las diferentes instancias locales (Sala Institucional, Sector de Educación, comité SAN Etc.) 5.) Aplicación de encuestas de satisfacción a docentes, padres de familia, niños, niñas y análisis de los resultados en el informe final del proceso. Así como: 1. Cumplir con las metas y actividades programadas con el Referente del Ámbito Escolar. 2.) Salvaguardar y responder por los insumos y equipos de la institución. 3.) Dar cumplimiento a la ficha técnica del componente de gestión del ámbito escolar. 4.) Presentación de informes requeridos por el referente del ámbito escolar y la Secretaría Distrital de Salud. 5.) Trato amable con la comunidad. 6.) Cumplimiento de normas de bioseguridad.

CLAUSULA TERCERA.- VALOR Y FORMA DE PAGO: Para todos los efectos legales y fiscales el valor total de la orden es por la suma de UN MILLÓN QUINIENTOS MIL (\$1'500.000.00) PESOS M/CTE. El Hospital del Sur ESE pagará al Contratista el valor de la presente orden de la siguiente manera: El valor de la presente orden será cancelado al contratista en dos sumas cada una con cortes a treinta (30) de cada mes de acuerdo al plazo de ejecución pactado entre las partes, la primera por valor de SEISCIENTOS MIL (\$600.000,00) PESOS M/CTE. y la segunda por valor de NOVECIENTOS MIL (\$900.000.00) PESOS M/CTE., o proporcionalmente a los productos entregados por el contratista, previa certificación de cumplimiento con el lleno de los requisitos, suscrita por el supervisor de la orden. Para efectos de los desembolsos de que trata la presente cláusula (los cuales estarán sujetos a la disponibilidad del Plan Anual de Caja PAC mensualizado), el Contratista deberá acreditar su afiliación obligatoria y pago actualizado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Administradora de Riesgos Profesionales.

CLÁUSULA CUARTA.-RELACIÓN LABORAL: Para efectos de la ejecución de la presente Orden no existirá ningún vínculo laboral entre el Hospital y el Contratista, por tanto el Hospital del Sur Empresa Social del Estado no estará obligado a pagar sumas de dinero al CONTRATISTA por concepto de prestaciones sociales, indemnizaciones y demás obligaciones a que hubiere lugar de acuerdo con lo establecido por la legislación laboral.

CLÁUSULA QUINTA.- PENAL PECUNIARIA: En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones contraídas por parte del Contratista, el HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO exigirá directamente al CONTRATISTA, a título de cláusula penal una suma equivalente al Quince por ciento (15%) del valor total de la presente Orden, que se considera como un pago parcial de los perjuicios ocasionado

CLÁUSULA SEXTA.-DURACIÓN: La presente Orden tendrá una duración de UN (1) MES, contados a partir del día 12 de Julio de 2007.

CLÁUSULA SÉPTIMA.-RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA ORDEN: Si para la ejecución del objeto y obligaciones contractuales pactadas entre las partes en la presente orden, el Contratista recibe equipos y/o elementos devolutivos, una vez se de por terminada la orden dentro del término definido por las partes o con anterioridad, deberá devolverlos previa coordinación con el área de Activos Fijos quien expedirá el correspondiente Paz y Salvo. En caso de presentarse durante la ejecución de la presente orden perdida



Salud con sentido humano.!

Calle 35 A Sur No. 75B - 17 Teléfonos 2731819-2731806 - 2731783 Bogotá D.C. Colombia
E-mail : delsur@esebogota.gov.co



**ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 890-2007,
CELEBRADA ENTRE EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO Y YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON.**

de alguno de los equipos y/o elementos devolutivos puestos bajo la custodia y cuidado del contratista y dicho elemento y/o equipo no se haya recuperado, o no haya sido objeto de reposición por parte de la aseguradora, o existan valores sin reconocer por concepto de deducciones o primas el contratista será el único y directo responsable. En tal sentido la Entidad iniciara en su contra las acciones jurídicas y legales para que el daño sea resarcido. **PARÁGRAFO.-ACCIÓN DE REPETICIÓN:** El Contratista será responsable por los actos u omisiones en ejercicio de las actividades que desarrolle en virtud de la presente orden cuando con ello cause perjuicios al Hospital o a terceros. Por consiguiente en caso de que la administración fuera condenada a indemnizar a terceros por los daños y perjuicios causados por el contratista, está podrá iniciar la acción de repetición que corresponda directamente contra el contratista, quien es el responsable de la prestación del servicio contratado.

CLÁUSULA OCTAVA- SUJECCIÓN A LAS APROPIACIONES PRESUPUESTALES: EL HOSPITAL cancelará el valor de la presente Orden con cargo al Código Presupuestal 3311201033400 10110 de la cuenta REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS ASISTENCIALES según Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 1074 de fecha 30 de Mayo de 2007.

CLÁUSULA NOVENA.-SUPERVISIÓN: Estará a cargo del Profesional Especializado área de la Salud (Salud Pública) ó quien sea delegado por el Ordenador del Gasto, quien para ejercer su función deberá acogerse a lo establecido en la Resolución No. 169 del 25 de Mayo de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA.-PERFECCIONAMIENTO: La Orden se entenderá perfeccionada, cuando se eleve a escrito el acuerdo sobre el objeto y la contraprestación y sea firmado por ambas partes y para su legalización requerirá de el Registro Presupuestal expedido por el Área de Presupuesto.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA.-INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERALES: La presente orden queda sujeta a las disposiciones que sobre el particular estipula la Ley 80 de 1993 en sus artículos 15, 16 y 17. de la Ley 80 de 1993.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO podrá declarar la caducidad de la orden de conformidad con lo señalado en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA.-MULTAS: En caso de simple mora o incumplimiento parcial, el HOSPITAL podrá imponer multas sucesivas, mediante resolución motivada por la cantidad equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA.-MANIFESTACIÓN DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: EL contratista afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no está incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Constitución y la Ley



Salud con sentido humano.!

Calle 35 A Sur No. 75B - 17 Teléfonos 2731819-2731806 - 2731783 Bogotá D.C. Colombia
E-mail : delsur@esebogota.gov.co

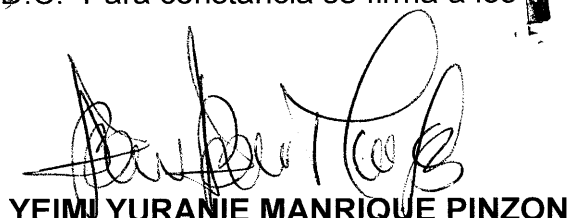
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 890-2007,
CELEBRADA ENTRE EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO Y YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA.-SOLUCIÓN DE CONFLICTOS: En caso de presentarse diferencias entre la Administración y el Contratista, entre el Contratista y el Supervisor de la orden o entre el Contratista y otro Contratista, las partes acuerdan que solucionaran el conflicto a través de los mecanismos de Conciliación, Transacción y Amigable Composición.

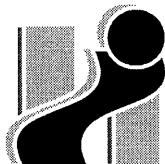
CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA.-GLOSA: En caso de Glosa derivada de los servicios prestados por el contratista que no sea debidamente soportada, El Hospital del Sur Empresa Social del Estado, podrá iniciar las acciones a que haya lugar con el fin de determinar los perjuicios causados a la Entidad por motivo de la Glosa. En tal sentido una vez identificada la responsabilidad del contratista, el Hospital descontara de los valores adeudados al Contratista por concepto de sus servicios la suma que corresponda a la glosa, para lo cual el Contratista autoriza desde ya al Hospital para que realice el descuento de dichos valores. En caso de no haber saldo pendiente a favor del contratista, el Hospital iniciara el proceso de cobro correspondiente.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.-DOMICILIO: Las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de Bogotá D.C. Para constancia se firma a los 11 de mayo de 2007.


LUIS FERNANDO PINEDA AVILA
Gerente
Aprobó,
Reviso. Asesor Jurídico-0170. Reviso.
V Bo Ramón Segura M.-0174.
Proyecto Hugo León Quintero


YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON
Contratista

Salud con sentido humano.!



HOSPITAL DEL
SUR
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

0165

Bogotá, D.C.,

10 JUL 2007

Doctor
RAMON SEGURA MOLINA
Profesional Universitario
Oficina de Contratación
Hospital del Sur Empresa Social del Estado

ASUNTO: SOLICITUD ELABORACION DE ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Respetado doctor:

De manera atenta solicito elaborar la Orden de Prestación de Servicios, de acuerdo con la siguiente información:

CONTRATISTA	YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52966701
OBJETO:	Apoyo y Soporte Técnico en el área de Enfermería como auxiliar para el desarrollo de las diferentes actividades a cargo del Plan de Atención Básica del Hospital del Sur ESE.
VALOR TOTAL	\$900000
VALOR MENSUAL PRODUCTOS	\$900000
DURACION	UN (1) MES

Anexo: Hoja de Vida con sus respectivos soportes, Justificación del Recurso, Disponibilidad Presupuestal.

Cordialmente,

LUIS FERNANDO PINEDA AVILA
Gerente (E)

Proyectó, Elaboró: Hugo León Quintero

¡Salud con sentido humano!

Bogotá sin indiferencia

Carrera 78 No. 35 71 Sur Teléfonos: 273 1783- 273 1806 -273 1819 Bogotá D.C.

E-mail : gerencia@correo.hospitalsur.gov.co

258

Bogotá D.C.

Doctor
LUIS FERNANDO PINEDA AVILA
Gerente (E)
Ciudad

REF: SOLICITUD RECURSO HUMANO PROGRAMA DE SUPLEMENTACIÓN ÁMBITO ESCOLAR

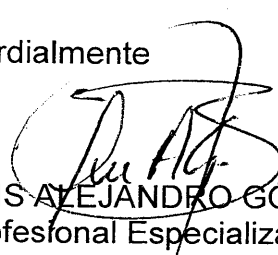
Respetado Doctor;

De acuerdo con el asunto de la referencia, me permito solicitarle de manera respetuosa su autorización para que se de inicio a los tramites necesarios con el fin de contratar el recurso humano indispensable para la ejecución de la FASE 1 de Suplementación de sulfato ferroso, de acuerdo a los lineamientos del Ámbito Escolar, cuyo objeto esta dirigido a la población estudiantil de las Instituciones Educativas Distritales.

De otra parte informo a usted que el personal que apoyo las actividades de suplementación durante los meses de abril a junio, desarrollaron el contrato y las actividades de acuerdo a los lineamientos de la Secretaria Distrital, así mismo conocen el desarrollo del programa y las instituciones educativas del sector, por lo cual seria conveniente renovarles el contrato.

Anexo listado de las contratistas para su aprobación.

Cordialmente


LUIS ALEJANDRO GÓMEZ BARRERA
Profesional Especializado Área de la Salud— Salud Pública

¡Salud con sentido humano!

Bogotá sin indiferencia

Carrera 78 No. 35 71 Sur Teléfonos: 273 1783- 273 1806 -273 1819 Bogotá D.C.

E-mail : gerencia@correo.hospitalsur.gov.co

*Dr. Juan Pablo: Estas son
las auxiliares para ámbito
Escolar. Gracias! Alejandro G.*

Bogotá, Junio 28 de 2007

Doctora
LORENA ROJAS
Referente de Ámbito Escolar
Ciudad

Respetada Doctora:

Cordial saludo. Por medio de la presente solicito tener en cuenta las siguientes auxiliares de enfermería para la ejecución de la fase 1 de suplementación en las Instituciones Educativas Distritales de las localidades de Puente Aranda y Kennedy:

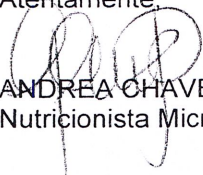
- ✚ A partir del 1 de Julio: 1 Auxiliar (Yurany Manrique)
- ✚ A partir del 23 de Julio: 20 Auxiliares

1. Martha Emilse Sánchez
2. Nidia Cortes Velásquez
3. Liliana Andrea Castro
4. Ana Lucia González
5. Amparo Jiménez Rincón
6. Yulie Andrea Santana
7. Diana Carolina Romero
8. Wilda Azucena Vargas
9. Adriana Rojas
10. Ingrid Johanna Martínez
11. Luisa Fernanda Mojica
12. Sofia Isaza Suarez
13. Martha Yolanda Baez
14. Maria Edith Pulido
15. Sofia Cabarcas Argote
16. Claudia Bernal
17. Martha Elena Rojas

Lo anterior debido a que son las personas que nos colaboraron en la fase de desparasitación y suplementación en Jardines y conocen los colegios que se están interviniendo este año.

Agradezco la colaboración prestada.

Atentamente,


ANDREA CHAVES P.
Nutricionista Micronutrientes

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 del Sur ESE	X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Bogotá				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
	DÍA 26 MES 04 AÑO 2007		DÍA 30 MES 06 AÑO 2007		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
AUX. Enfermería	PAB		UPA 17		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Hospital del Sur ESE	X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Bogotá				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
	DÍA 11 MES 06 AÑO 2005		DÍA 11 MES 04 AÑO 2007		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
AUX. Enfermería	PAB		UPA 17		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Angela Cocante		X	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Bogotá				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
2687029	DÍA 1 MES 01 AÑO 2006		DÍA 1 MES 11 AÑO 2006		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
AUX. Enfermería					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Deima Clinac		X	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Bogotá				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
	DÍA 1 MES 04 AÑO 2005		DÍA 1 MES 06 AÑO 2006		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
AUX. Enfermería			AV. Caracas # 44-10		

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



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 <u>Manrique</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Pinzon</u>	NOMBRES <u>Yenny Yurany</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>52'966.701 Bto.</u>	SEXO F ☐ M ☐	NACIONALIDAD PAIS COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>23</u> MES <u>12</u> AÑO <u>1983</u> PAIS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Calle 48 I # 5f 26 int. 17 Mon 10</u> PAIS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>299094-3401791</u> EMAIL <u>Valeri1983@latin</u>

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)																																														
<table><tr><td colspan="10">EDUCACIÓN BÁSICA</td><td colspan="2">TÍTULO OBTENIDO: <u>Aux. Enfermería</u></td></tr><tr><td colspan="5">PRIMARIA</td><td colspan="5">SECUNDARIA</td><td colspan="1">MEDIA</td><td colspan="2">FECHA DE GRADO</td></tr><tr><td>1o.</td><td>2o.</td><td>3o.</td><td>4o.</td><td>☒</td><td>6o.</td><td>7o.</td><td>8o.</td><td>9o.</td><td>10</td><td>☒</td><td>MES <u>12</u> AÑO <u>2002</u></td></tr></table>										EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: <u>Aux. Enfermería</u>		PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO		1o.	2o.	3o.	4o.	☒	6o.	7o.	8o.	9o.	10	☒	MES <u>12</u> AÑO <u>2002</u>
EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: <u>Aux. Enfermería</u>																																				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO																																			
1o.	2o.	3o.	4o.	☒	6o.	7o.	8o.	9o.	10	☒	MES <u>12</u> AÑO <u>2002</u>																																			
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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO						TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL																																		
		SI	NO							MES	AÑO																																			
<u>T.C</u>	<u>3</u>	☒		<u>Aux. Enfermería</u>						<u>12</u>	<u>2002</u>																																			
ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)																																														
IDIOMA				LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE																																				
				R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB																																		

ENTIDAD RECEPTORA



FORMULARIO UNICO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

PERSONA NATURAL

(LEY 190 DE 1995)

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Yo. Yenny Yurany Henrique Pinzon.

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☒ 3 N° 52'966.707 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

Pais Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Bogotá

Dirección Calle 48 # 54-26 INT 11 Manz 70 Teléfonos 2749094-3401791 3142452564

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Evangelina Pinzon Caceres</u>	<u>49.459.851</u>	<u>Madre.</u>

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	\$

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
<u>Duolivienda</u>	<u>Ahorros</u>	<u>00887036-1477</u>		

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

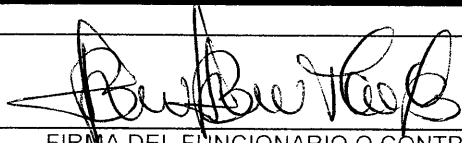
c) En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá D.C. Julio 24 de 2007.

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

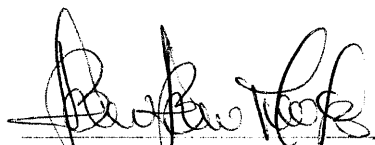
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		28
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		24
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		5 2

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).


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

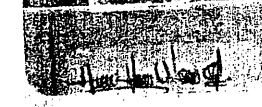
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52966701
NUMERO
MANRIQUE PINZON
APELLIDOS
YEIMI YURANIE
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-ENE-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500102-42101313-F-0052966701-20020211 06039 02042A 01 113906332

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
EXP 09-06-2003
MANRIQUE PINZON
YEIMI YURANIE
CC 52966701 Titular
SALUD
ALICIA MAYOR BOGOTA D.C.
AUXILIAR DE ENFERMERIA





CC. 52966701 de MTU

Nombres:

YEINE YURANIE

Apellidos:

MARQUE PINZON


FIRMA DEL INTERESADO

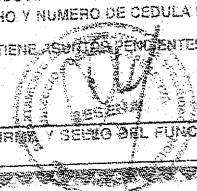
INDICE DERECHO

No 13967211

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD
CERTIFICA

QUE A LA FECHA 09 MAY 2007 EL PORTADOR DE
ESTE DOCUMENTO, CUYA FOTOGRAFIA, IMPRESION DACTILAR DEL INDICE
DERECHO Y NUMERO DE CEDULA DE CIUDADANIA QUE ANTECEDEN:

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES.


FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO DEL DAS AUTORIZADO

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

CERTIFICA

Que el señor(a) **MANRIQUE PINZON YEIMI**

Quien se identifica con la cedula de ciudadanía No: 52966701 (CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS UNO) de BOGOTA

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, Diez (10) de JULIO del año Dos Mil Siete - 2007, 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.

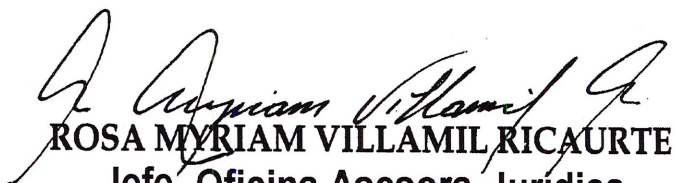
El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

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

Elaborado por :
SEDE_PRINCIPAL-



ROSA MYRIAM VILLAMIL RICAURTE
Jefe Oficina Asesora Jurídica



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

NUESTRA MISIÓN

Vigilar la gestión sobre el manejo de los recursos públicos, generando una cultura de control fiscal inspirada en principios morales y éticos.

NUESTRA VISIÓN

Tener una administración pública, fundamentada en la eficiencia y moralidad.

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez revisado el Boletín de Responsables Fiscales No. 50 con corte a 30 de junio de 2007 el nombre del(a) señor(a) y su correspondiente número de identificación relacionado a continuación, **no figura reportado** en el citado boletín.

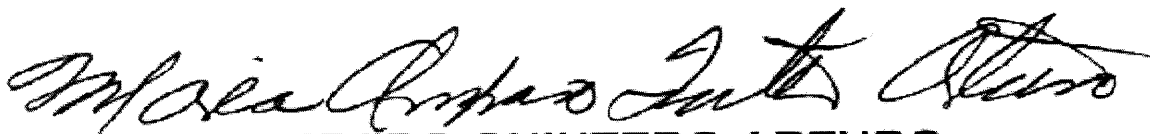
No. Identificación: 52.966.701 **Nombre:** YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON

Código de Verificación: 10753699

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el 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 51, en la Página Web de la Entidad, la cual se efectuará en el mes de octubre de 2007.


MARIA AMPARO QUINTERO ARTURO

Digitó y Revisó: JRPACHON

Refrendó: Ana Beatriz Larrota Castañeda, Lider Grupo Boletín

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

Carrera 10 No. 17-18 Sótano Oficina 104 - PBX 3537700 Ext 3206 - 3207 - Bogotá, D.C. - Colombia - www.contraloriagen.gov.co



SIBOR Bogotá, D.C., Nivel Central

martes, 10 de julio de 2007

Página 1 de 1



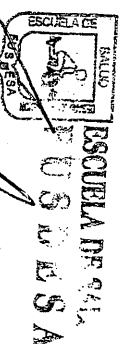
ESCUELA DE SALUD "FUSDESA"

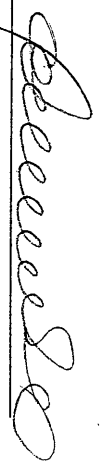
Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

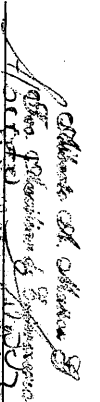
Que: Yeimy Yuranye Manrique Pinzon

Asistió al curso Básico de
TERAPIA RESPIRATORIA
Con una intensidad de 20 horas




Roberto Salgado González
Presidente


Dr. Pedro del Pérez Arboleda
Director Académico


Terapeuta Respiratoria

Dado en Bogotá D. C. a los 3 días del mes de marzo de 2007

Resolución No 3504 de 31/03/2003
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR 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) **MANRIQUE PINZON YEIMI YURANIE** Identificado(a) con CC número 52966701 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según **CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por EL INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD SAN IGNACIO el día 08/12/2002 y registrado en el libro 1 Folio 44 año 2002

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 **MANRIQUE PINZON YEIMI YURANIE** identificado(a) con CC número 52966701 expedida en BOGOTÁ 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 **31/03/2003**

LIBARDO CHAVEZ GUERRERO
Director de Desarrollo de Servicios

vrs

Bogotá, D.C. <u>Junio 09-03</u>
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) <u>Yeimy Yurani Manrique</u>
CC. # <u>52 966 701 Bta</u>
Firma <u>[Firma]</u>



República de Colombia

INSTITUTO INGABO

Aprobación según Resolución de la Secretaría de Educación No. 300 del 8 de Febrero de 1999
Ministerio de Salud. Acuerdo No. 25 del 4 de Marzo de 1998
Acuerdo No. 27 del 2 de Julio de 1998

Certifica:

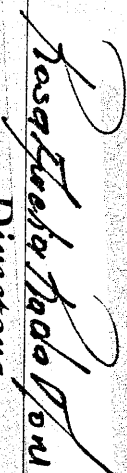
Que: YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON

C.C. 52.966.701 de BOGOTA

Realizó Prácticas de: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Sitios de Práctica: HOSPITAL VISTA HERMOSA / HOSPITAL CARMEN

Duración: -600 Horas


Directora

HOSPITAL VISTA HERMOSA / HOSPITAL CARMEN

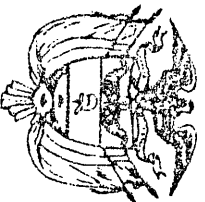
Centro de Práctica

Coordinadora Area Salud

BOGOTA, OCTUBRE 23 DE 2002

Ciudad y Fecha de Terminación

República de Colombia



El Instituto de Educación No Formal

Insituto Suquibon

Con autorización Oficial según Acuerdo 25 del 4 de febrero de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de julio de 1998 de Alm. S. rind y la Resolución No. 300 del 8 de febrero de 1999 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Por lo que el Certificado de

Técnico Industrial

A YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON

C.C. 52.966.701 de BOGOTA

Quién cursó, aprobó y cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos en el programa de :

AUXILIAR DE ENFERMERIA



Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a los 2 de NOVIEMBRE de 2005

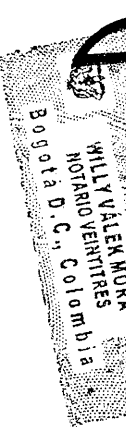
Yosa Lina Marcela Notario Venitres de este distrito coincide con su original he tenido a la vista Yosa Lina Marcela

El Director

Secretaria

Registro No. 444 del 14 de NOVIEMBRE de 2005

1



WILLY VALERA MORA
NOTARIO VENITRES
BOGOTÁ D.C., Colombia



Instituto de Educación No Formal "INGABO"

Acuerdos No. 25 del 4 de Marzo de 1998 y No. 27 del 2 de Julio de 1998 del Ministerio de Salud
Resolución No. 300 del 8 de Febrero de 1999 de la Secretaría de Educación

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION DE TECNICO LABORAL

Registro 44 Folio 22 Libro 1

En la Ciudad de Bogotá a los Veinticuatro (24) días del mes de Octubre del año 2.002, se reunieron con el fin de formalizar el Acta de Certificación de los alumnos (as) de Auxiliar de Enfermería, los suscritos Director (a) y Secretario (a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, Institución aprobada hasta Nueva Visita según Acuerdos N°. 25 de Marzo 4 de 1.998 y 27 de Julio 2 de 1.998 del Ministerio de Salud y Resolución N°. 300 del 8 de Febrero de 1.999 emanada de la Secretaría de Educación. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Programa, se procedió a otorgar la Certificación de **TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON C.C. N°. 52.966.701. de BOGOTA.

Es fiel copia del Acta Original General N°. 6 de fecha 24 de Octubre que consta de 85 alumnos que comienzan con el nombre de ANA BRIGITH AGUDELO GONZALEZ y se cierra con el nombre de LISSETTE JOHANNA VELASQUEZ CALDERON firmado por:

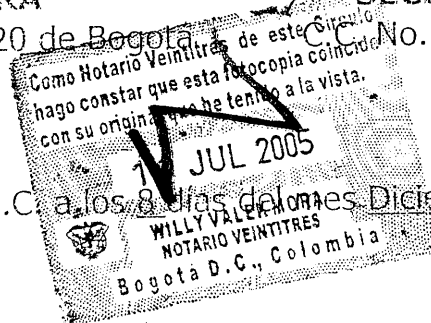
Rosafucha Rodalson
DIRECTORA

C.C. No. 39.716.620 de Bogotá

Guadalupe Zúñiga
SECRETARIA GENERAL

C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá D.C. a los 8 días del mes de Diciembre del año 2.002



COOP. INTRASALUD



Cooperativa Integral de Trabajo Asociado para la Salud
NIT. 830.100.735 - 5

LA SUSCRITA SUBGERENTE DE SERVICIOS DE LA COOPERATIVA INTEGRAL
DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA SALUD
COOPINTRASALUD
NIT 830.100.735 - 5

CERTIFICA:

Que MANRIQUE PINZON YEIMY YURANY, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.966.701, se encuentra vinculada a COOPINTRASALUD como trabajadora asociada, desempeñando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA a partir del 25 de Julio de 2005, devengando una Compensación Básica mensual por la suma de CUATROCIENTOS OCHO MIL PESOS M/CTE. (\$408,000.00), y por otros Reconocimientos Económicos la suma de CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRECE PESOS M/CTE. (\$443,013.00), bajo la modalidad contractual de Acto Cooperativo, para la ejecución de labor individual, actividad que realiza en HOSPITAL SUR ASISTENCIAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

La presente certificación se expide con destino al interesado, a los 4 días del mes de Mayo de 2006.


LUISA OSORIO TORRES
SUBGERENTE DE SERVICIOS

ALS

COOP. INTRASALUD
NIT 830.100.735-5

Santa fe de Bogota D.C.

Junio de 2006

CERTIFICO QUE:

La señora YAIMY YURANY MANRIQUE PINZON identificada con C.C # 52.966.701 de Bogota, labora como enfermera domiciliaria hace 5 años desempeñando las funciones de cuidadora de ancianos los días sábados, domingos y festivos en el horario de 7:00 a.m. A 7:00 p.m. Con una compensación de \$ 45.000 por turno realizado para un total mensual de 320.000 dineros el cual es cancelado el último domingo de cada mes en efectivo

Cordialmente,



MARIA VITALIA AVILA

C.C: 20.689.173 LA MESA

Diagonal 7 A bis)# 79 D 31 Barrio castilla Apto 110

TEL: 2925326

CEL: (311) 2786078

7

Programa de prevención de Hepatitis B
Carnet de Vacunación

Nombre: Jeimy Tlanrique

C.C./T.I.: 52'966 701 Edad: 18

Dosis	Mes	Día	Año	Lote
1a.	04	16	2002	1101710
2a.	05	16	2002	1101710
3a.	06	20	2002	1101710



Heberbiovac HB®
Vacuna Anti-Hepatitis B Recombinante



Tecnofarm

CENTRO DE VACUNACION
TANIA
 NIT. 40.394.278
 Calle 72A No. 78 B-72
 Tel. 545 82 89

CENTRO DE VACUNACION
TANIA
 NIT. 40.394.278
 Calle 72A No. 78 B-72
 Tel. 545 82 89

CENTRO DE VACUNACION
TANIA
 NIT. 40.394.278
 Calle 72A No. 78 B-72
 Tel. 545 82 89

REPÚBLICA DE COLOMBIA DIAN DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADEUANAS NACIONAL		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		001	
Espacio reservado para la DIAN 			2. Concepto: 01 4. Número de formulario (415)7707212484(8020)001405922818 4		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT):		6. DV:	12. Administración:	14. Buzón electrónico:	
5 2 9 6 6 7 0 1		1	3 2		

IDENTIFICACION					
24. Tipo de contribuyente:		25. Tipo de documento:		26. Número de identificación:	
Persona natural o su 2		Cédula de ciudadanía 13		5 2 9 6 6 7 0 1	
27. Fecha expedición:		2002 01 08			
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	
MANRIQUE		PINZON		YEIMI	
34. Otros nombres		YURANIE			
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					
C L 4 8 L 5 F 2 6 I N 1 1 M Z 1 0 B R R B O C H I C A S U R					
42. Correo electrónico:		43. Apartado aéreo		44. Teléfono 1:	
				2 7 9 9 0 9 4	
				45. Teléfono 2:	

CLASIFICACION					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	51. Código:
8 5 1 5	2003 04 10			1 2	5 1 3 2
				52. Número establecimientos	

Responsabilidades																																																					
53. Código: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	2	0																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																																				
2	0																																																				
20- Obtención NIT Dto 3050 de 1997 (Art 3o)																																																					

Usuarios aduaneros										Exportadores																													
54. Código: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											55. Forma: 									
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																				
										56. Tipo: 																													
57. Modo: 																																							
										58. CPC: 																													

Para uso exclusivo de la DIAN		
59. Anexos:	60. No. de Folios:	61. Fecha:
SI ☐ NO ☒		2007 04 10

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 del funcionario autorizado: 984. Nombre: INES CASTELLANOS MARTINEZ 985. Cargo: F.I.P. II 31/22
---	--

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Número de Radicación

**FORMULARIO DE AFILIACION E INSCRIPCION
PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES
Y PENSIONADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO**

Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo
antes de diligenciar este formulario

TIPO DE AFILIACION		FECHA DE INGRESO AL SISTEMA			FECHA DE RADICACION			TIPO DE INGRESO				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO										
COLECTIVA	☐	INDIVIDUAL	☐	AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD	N	☐	TC	☐	TR	☐	NA	☒	CE	☐	AAAA	MM	DD

I. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE CABEZA DEL GRUPO FAMILIAR

PRIMER APELLIDO Marrigue						SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA Linzon						PRIMER NOMBRE Yaimy						SEGUNDO NOMBRE Gurany											
No. DE IDENTIFICACION 52.966.701						TIPO DE IDENTIFICACION R.C. [] T.I. [X] C.E. [] PA. [] FLU. [] M. [] F. [X]						FECHA DE NACIMIENTO AAAA MM DD 1983 12 23						TIPO COZINANTE INDEPENDIENTE [X] PENSIONADO []											
DIRECCION DONDE LABORA cr 59 # 14-94												TELEFONO 9137104				FAX —				DEPARTAMENTO C/marca									
MUNICIPIO Bogota						CODIGO 11001		CORREO ELECTRONICO —										Nº. PRETRASLADO (PRETRASILADO DESDE)											
DIRECCION DE CORRESPONDENCIA c/l 48I # 5F-26 int II manz 10												MUNICIPIO Bogota						CODIGO 111001				ZONA [X] R. []							
LOCALIDAD / VEREDA Bta						DEPARTAMENTO C/marca						TELÉFONO 2749094				CELULAR 3138118975				DISCAPACIDAD TIPO: GRADO:		INCAPACIDAD SI [] NO [X]							
IPS MEDICA Chapinero				IPS ODONTOLÓGICA Chapinero				NOMBRE DE LA ENTIDAD DE PREVISION O SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EPS ANTERIOR Humana Vivir										CODIGO		ANEXOS A [X] D [X] E [X] I [X] J [X] R [X] V [X] W [X] X [X] Y [X] Z [X] 1 [X] 2 [X] 3 [X]									

II. INFORMACION EXCLUSIVA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA				CÓDIGO		ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES		CÓDIGO		TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL	
Servicios				21491							
POSICION OCUPACIONAL		CÓDIGO CARGO INDEPENDIENTE		TAMAÑO DE LA EMPRESA		VIVIENDA PROPIA		TIPO APORTANTE PARA INDEPENDIENTE			
P T		061006		X 2 3		SI NO		AGRUPOADORA ☐ PATROCINADOR ☐ HOGAR COMUNITARIO ☐ DESEMPLEADO CON SUBSIDIO ☐ EXEMPLEADO PUBLICO ☐ NIT			
INGRESO O BASE MENSUAL				TOTAL PATRIMONIO		SISTEMA DE CLASIFICACION DE INGRESOS		NIVEL ESCOLARIDAD		ULTIMO AÑO APROBADO	
\$ 433.700=				\$		X 8		1 2 3 4 5			
A								Porvenir		CÓDIGO 02	

III. INFORMACION EXCLUSIVA DEL PENSIONADO

ENTIDAD QUE TIENE A CARGO SU PENSION	NIT	DV	CODIGO CARGO	MESADA PENSIONAL
ENTIDAD QUE TIENE A CARGO SU PENSION	NIT	DV	CODIGO CARGO	MESADA PENSIONAL

IV DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

[illegible]

DILIGENCIE LOS SIGUIENTES ESPACIOS CUANDO ALGUN BENEFICIARIO TENGA UNA DIRECCION O IPS DIFERENTE A LA DEL COTIZANTE

BENEF.	DIRECCION DE CORRESPONDENCIA	TELÉFONO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CODIGO MUNICIPIO	No. PRETRASLADO
1						
2						
3						
4						
5						

BENEF.	GRADO DE CONSAN- GUINIDAD	DOCUMENTOS ANEXOS BENEFICIARIO												DISCAPA- CIDAD		INCAPACIDAD	IPS MEDICA / IPS ODONTOLÓGICA	NOMBRE DE LA EPS ANTERIOR	CODIGO	LOCALIDAD / VEREDA	ZONA	
		A	B	C	E	F	G	H	P	S	TIPO	GRADO	U	R								
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						

Declaro bajo la gravedad del juramento que aparte de las personas incluidas en este formulario de afiliación, no tengo ningún otro beneficiario ni segundo cotizante (Cónyuge o compañero(a) permanente) que obligatoriamente deba estar afiliado a esta EPS. Los beneficiarios que no se hayan incluido serán afiliados a esta EPS dentro de los quince (15) días siguientes, para dar cumplimiento a la ley que obliga a que todo el grupo familiar esté en la misma EPS. Decreto 806 de 1998.

OBSERVACIONES

Autorizo a la EPS y/o sus representantes para solicitar y obtener datos y copias de mi historia clínica y/o episoris y de mis beneficiarios, para efectos de la Auditoría Médica. 2. Con la firma del presente formulario de inscripción, declaro por conocida las condiciones generales y coberturas de la relación que estoy asumiendo. Para tener derecho a los servicios de alto costo se deberá haber cotizado a lo menos 100 semanas en forma efectiva, de los cuales 26 semanas deberán haber sido canceladas durante el último año. Cuando se trate de enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo y que se encuentren en las listas de enfermedades de alto costo, las cotizaciones y requerimientos, MAPACOS, como el grupo 8 o superiores se deberán haber cotizado 52 semanas de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido canceladas durante el último año (Decreto 1998). 3. Tanto aportante como afiliados autorizamos a que la información que se genere en desarrollo de esta vinculación sea reportada a bases de datos públicas y privadas; así como para consultar toda información que reposa en dichas bases de datos.

FIRMA Y DOCUMENTO COTIZANTE

V. EMPRESA RESPONSABLE DEL PAGO

No. IDENTIFICACION	DV	TIPO	NOMBRE O RAZON SOCIAL		
DIRECCION			TELEFONO	DEPARTAMENTO	COD. MUNICIPIO

VI. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

ESTRATO SOCIOECONOMICO	CIUDAD	FECHA	FIRMA AUTORIZADA
------------------------	--------	-------	------------------

GERENTE DE CUENTA ASOCIADO A UNA C.T.A.			CANAL DE VENTA ASOCIADO A UNA C.T.A.		
NOMBRE	CODIGO	FIRMA GERENTE	NOMBRE	CODIGO	FIRMA CANAL
DATOS GERENTE DE CUENTA ASOCIADO A LAS CTAS. COLABORAMOS / TALENTUM - UNIDAD ESTRATEGICA DE NEGOCIO EN SALUD TOTAL			DATOS CANAL DE VENTA ASOCIADO A LAS CTAS. COLABORAMOS / TALENTUM - UNIDAD ESTRATEGICA DE NEGOCIO EN SALUD TOTAL		

DISTRIBUCION GRATUITA PROHIBIDA

DISTRIBUCION GRATUITA. PROHIBIDA SU VENTA VIGILADO POR SUPERSALUD

“LA INFORMACION RELACIONADA CON LOS DERECHOS Y DEBERES, ASI COMO TODA LA DEMAS EXIGIDA POR EL ARTICULO 8 DEL DECRETO 1703 DE 2002, SE ENCUENTRA EN LA PAGINA WEB WWW.SALUDTOTAL.COM.CO” DE IGUAL FORMA PODRA CONSULTAR LA CONFIRMACION DE SU SOLICITUD.

F: IBC-002-2005-09-V6

No. 1346590

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Mayo 30 de 2007

CDP. No. 1074

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : 0277 SUBGERENCIA SERVICIOS DE

CODIGO RUBRO.....: 110003033112010334010101010

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 331120103340010110

NOMBRE RUBRO.....: REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS ASISTENCIALES

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 28,566,660.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1,687,412,557.00

SALDO DE APROPIACION : 1,715,979,217.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: LUIS FERNANDO PINEDA AVILA,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

CONTRATACION DEL RECURSO HUMANO PARA LA EJECUCION
DEL PAB -PLAN DE ATENCION BASICA

POR UN VALOR INICIAL DE : 900,000,000.00

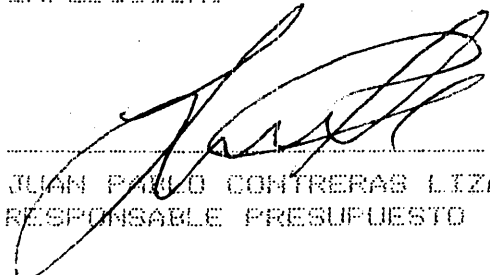
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 900,000,000.00

NOVECIENTOS HILLONES 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: 28,566,660.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 787,412,557.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (60) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU
EXPEDICION.



JUAN PABLO CONTRERAS LIZARAZO
RESPONSABLE PRESUPUESTO



Bogotá, 30 de mayo de 2007

Doctor
JUAN PABLO CONTRERAS LIZARAZO
Subgerente Administrativo y Financiero
Hospital del Sur Empresa Social del Estado
Bogotá, D.C.

Respetado doctor Contreras:

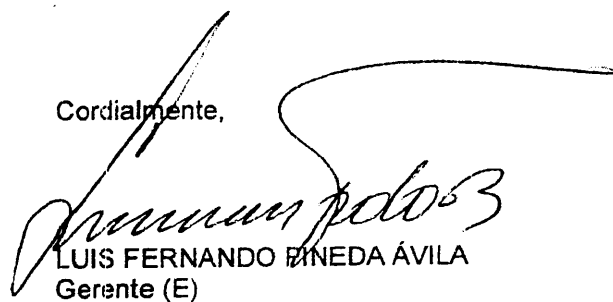
Comedidamente solicito la expedición de certificado Disponibilidad, así:

VALOR: \$900'000.000.00

RUBRO: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS (ASISTENCIALES)

CONCEPTO: CONTRATACION DEL RECURSO HUMANO PARA LA EJECUCION DEL PAB
(PLAN DE ATENCION BASICA).

Cordialmente,



LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA
Gerente (E)



VOS

Salud con sentido humano;

Carrera 78 No. 35 - 71 Sur Teléfonos 2731819-2731806 - 2731783 Bogotá D.C. Colombia

HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

TALENTO HUMANO
FORMATO DE SOLICITUD DE PERSONALFECHA (dd/mm/aa):
29 de Junio de 2007

SOLICITUD No.:

NOMBRE DEPENDENCIA:
SALUD PUBLICA - SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUDFUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA SOLICITUD:
ALEJANDRO GOMEZ BARRERACARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO SALUD PUBLICAPROFESIONAL ESP. ☐ PROFESIONAL UNIV. ☐ TÉCNICO PROF. ☐ TÉCNICO ☐ X AUXILIAR ☐

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES ESPECÍFICAS (Perfil):

Auxiliares de enfermería entrenados en el proceso de suplementación.

OBJETO, ACTIVIDADES A REALIZAR:

-Desarrollo del Operativo de Campo: 1. Desparasitación con Albendazol suspensión oral al 100% de los niños y niñas con autorización por parte de los padres. Esta actividad debe ser desarrollada por el médico e incluye la valoración del profesional para la correspondiente formulación. La entrega efectiva del Albendazol se debe realizar 15 días antes de iniciar la primera fase de suplementación con hierro. 2. Suplementación con vitamina A única dosis al 100% de los niños y niñas de cinco años autorizados por sus padres diez días después de la desparasitación. 3. Entrega efectiva del sulfato ferroso en dos fases con intervalo mínimo de (4) cuatro meses según el esquema de suplementación. El número de días no debe ser inferior a 15 días consecutivos correspondiente a una dosis por día o en su defecto mínimo (12) doce dosis entregadas y las restantes se entregarán a los padres de familia, previa orientación y firma de compromiso por parte de ellos para el suministro de las dosis faltantes. 4. Supervisión y acompañamiento al equipo operativo por parte del profesional en nutrición, para asegurar el adecuado desarrollo de la entrega del hierro a los escolares. 5. Sistematización del proceso: 1. Sistematización y depuración de la información en el software entregado por el área de vigilancia en salud pública. 2. Mapeo de los colegios incluidos en el proceso de suplementación. 3. Elaboración de informe técnico por cada fase y socialización en las diferentes instancias locales (Sala Situacional, sector de educación, Comité SAN etc.). 5. Aplicación de encuestas de satisfacción a docentes. Así como:

1. Cumplir con las metas y actividades programadas con el Referente del Ambito Escolar.
2. Salvaguardar y responder por los insumos y equipos de la institución.
3. Dar cumplimiento a la ficha técnica del componente de gestión del ámbito escolar.
4. Presentación de informes requeridos por el referente del ámbito escolar y la Secretaría distrital de Salud.
6. Cumplimiento de normas de bioseguridad.

AMBITO ESCOLAR- SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL-SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES.

DURACIÓN DEL CONTRATO:
1 MESNÚMERO DE PERSONAS
REQUERIDAS: 1EXPERIENCIA (Laboral y/o
Profesional)

AÑOS: NO REQUIERE

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.:

MESES

INICIO DE ACTIV. (dd/mm/aa):

3 de Junio de 2007 hasta 23 Agosto de 2007

VALOR MENSUAL CONTRATO

FIRMA RESPONSABLE DE AREA:

FIRMA SUBGERENTE:

RECIBE T.M.H.:

FECHA (dd/mm/aa):

OBSERVACIONES: