

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Octubre 17 de 2007

CRP. No. 3542

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 Y 14 DEL ARTICULO 23 DE LA LEY 80 DE 1973, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2007 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: 0277 SUBSERENCIA SERVICIOS DE

CODIGO RUBRO: 110003033112010334010101010

CODIGO PRESUPUESTAL: 331120103340010110

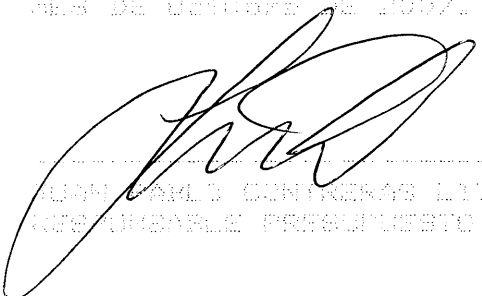
NOMBRE RUBRO: REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS ASISTENCIALES

COTA LA DISPONIBILIDAD NRO: 1953

LA SUMA INICIAL DE : 1,500,000.00
CON UN REINTERO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1,500,000.00
UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M.C.E

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE LA CONTRATACION RECURSO HUMANO ACTV. ASISTENCIALES
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: 069/1293/2007
Y NOMBRE DEL MANRIQUE PINZON YEIMY YURANY
C.C. o NIT: 32966701
ORIGEN: CONTRATACION RECURSO HUMANO ACTV. ASISTENCIALES

LA PRESENTE SE EXPIDE EN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO A LOS 17 DIAS DEL
MES DE Octubre DE 2007.



JUAN PABLO CONTRERAS LIZARAZO
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESENCIAMENTE PRESUPUESTAL Y LIMITADA
AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGALMENTE ESTABLECIDO QUE SE DE
RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1293-2007,
CELEBRADA ENTRE EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO Y YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON.

Bogotá, D.C. 16 de Octubre 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 3142482564
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 en el componente de Suplementación 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: 1- Realizar las actividades propias de la ejecución del contrato del PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA en lo referente a su perfil profesional, de acuerdo a los lineamientos, fichas técnicas y demás documentos que hacen parte integral del contrato PAB. 2- Apoyar las actividades educativas a que haya lugar según lo estipulado en los lineamientos, fichas técnicas y demás documentos del contrato PAB 3- Presentar oportunamente y dar estricto cumplimiento a los cronogramas mensuales, de acuerdo con el referente PAB y el Supervisor de la orden 4- Participar en las reuniones programadas por los referentes del PAB de acuerdo con los lineamientos, fichas técnicas y demás documentos que hacen parte integral del contrato PAB. 5-Apoyar el desarrollo documental y operativo del Sistema de Gestión de la Calidad y sistema de Control Interno del Hospital adaptado al Sistema de Control Interno MECI. 6-Presentar los Informes y diligenciar los soportes que el Hospital requiera a través del Supervisor de la orden. 7- Diligenciar los soportes y/o documentos que sean necesarios o hayan sido solicitados por los Entes de Control u otros organismos 8- Obrar con lealtad y buena fe, evitando todo tipo de dilaciones o entramientos que pudieran entorpecer la gestión del Hospital. 9-En general apoyar todas y cada una de las actividades tendientes a asegurar el cabal cumplimiento de la orden, 10-Presentar al área de financiera-Cuentas por pagar y al supervisor de la orden copia del recibo de pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social (Salud, pensión y ARP) en los porcentajes que indique la ley para tal fin.

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 OCHOCIENTOS MIL (\$1'800.000.00) PESOS M/CTE. **FORMA DE PAGO:** 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 (2) sumas iguales, con cortes a treinta (30) de cada mes de acuerdo al plazo de ejecución pactado entre las partes, cada una 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

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. 1293-2007, CELEBRADA ENTRE EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Y YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON.

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 DOS (2) MESES, contados a partir del día 17 de Octubre 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 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. 1953 de fecha 16 de Octubre 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 26 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.

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. 1293-2007,
CELEBRADA ENTRE EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO Y YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON.**

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.

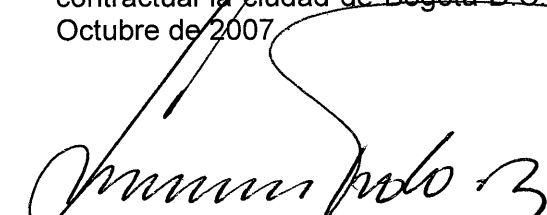
CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA.-MULTAS: En caso de simple mora o incumplimiento parcial, el HOSPITAL podrá imponer multas sucesivas, mediante resolución motivada por la cantidad equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato.

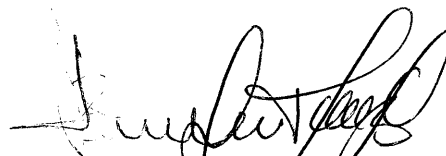
CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA.-MANIFESTACIÓN DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: EL contratista afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no está incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Constitución y la Ley.

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 16 días del mes de Octubre de 2007.


LUIS FERNANDO PINEDA AVILA
Gerente (E)
Reviso. Asesor Jurídico-0170. Reviso.
Proyecto Hugo León Quintero


YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON
Contratista

Salud con sentido humano.!



Bogotá, D.C., 11 de octubre de 2007

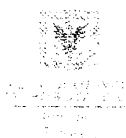
Doctor
RAMON SEGURA MOLINA
Profesional Universitario
Oficina de Contratación
Hospital del Sur Empresa Social del Estado

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	INGRID JOHANNA MARTINEZ POLO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52.200.874
CONTRATISTA	ANA LUCIA GONZALEZ NEUTA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	39.656.841
CONTRATISTA	YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52.966.701
CONTRATISTA	CARMEN SOFIA CABARCA ARGOTE
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52.935.374
CONTRATISTA	ADRIANA YASMIN CANGREJO GOMEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA	53.096.983
CONTRATISTA	MARTHA ELENA ROJAS CONTRERAS
CÉDULA DE CIUDADANÍA	35.411.193
CONTRATISTA	SOFIA ISAZA SUAREZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52.255.419
CONTRATISTA	WILDA AZUCENA VARGAS SALGADO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	39.644.055
CONTRATISTA	MARIA EDITH PULIDO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	28.815.451





Salud con sentido humano.

CONTRATISTA	ADRIANA ROJAS VANEGAS
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52.539.139
CONTRATISTA	LILIANA ANDREA CASTRO RUIZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA	53.071.422
OBJETO:	Apoyo y Soporte Técnico como auxiliar de enfermería en el programa de suplementación área Ámbito escolar, para el apoyo en las actividades a cargo el Plan de Atención Básica.
VALOR TOTAL	\$900.000.00
VALOR MENSUAL PRODUCTOS	\$900.000.00
DURACION	DOS (2) MESES

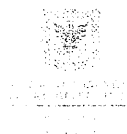
Anexo: Hoja de Vida con sus respectivos soportes, Justificación del Recurso, Disponibilidad Presupuestal.

Cordialmente,


LUIS FERNANDO PINEDA AVILA
Gerente (E)

Aprobo: Maria Gloria segura Ortiz - Subgerente Servicios de Salud

MDP - Bogotá, D.C.



Carrera 78 No. 25 - 77 Teléfonos: 2761616-2761617 - 2761618 Bogotá D.C. Colombia

www.hospitaldel-sur.gov.co
Email: contacto@hospitaldel-sur.gov.co



0260

8912

Bogotá,

- 3 OCT. 2007

Doctora

MARIA GLORIA SEGURA ORTIZ

Subgerente de Servicios de Salud

Hospital del Sur E.S.E.

Bogotá D.C.

Asunto: Solicitud recurso humano suplementación

Respetada Dra. María Gloria:

De manera atenta me permito remitir para su estudio y aprobación, solicitudes de recurso humano requerido en el Ámbito Escolar, para el proceso de suplementación, recurso a continuación discriminado:

No.	PERFIL	AREA	FECHA DE INICIO
12	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ESCOLAR	8 DE OCTUBRE DE 2007
10	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ESCOLAR	7 DE NOVIEMBRE DE 2007

Por lo anterior, cordialmente solicito la contratación de las auxiliares de enfermería que participaron en el proceso durante la Fase de Desparasitación y Suplementación, realizada en los meses de mayo y junio en jardines e IED, teniendo en cuenta que poseen la experiencia y conocen las instituciones de las localidades lo cual facilita y agiliza el proceso.

A continuación presento relación de las mismas:

A PARTIR DEL 8 DE OCTUBRE:

1. Adriana Rojas
- ✓ 2. Sofía Isaza Suárez *OK X-10*
3. Liliana Andrea Castro *OK*
4. Martha Emilse Sánchez *NO*
5. María Edith Pulido
- ✓ 6. Sofía Cabarcas Argote *OK X-10*
7. Diana Carolina Romero *NO*



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ, D.C.
Secretaría
Salud

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

www.hospitalsur.gov.co

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

Dra. octubre 30

Bogotá de Informados

OK
3103411598..
cel
andres
chaves

8. Luisa Fernanda Mójica
9. Ana Lucía González → X-10
✓ 10. Ingrid Johanna Martínez OK X-(0)
✓ 11. Yeimy Yurany Manrique OK X-10
✓ 12. Adriana Cangrejo OK X-(0)

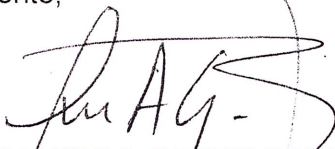
(pasado verendo)
documentos
per grupo.

A PARTIR DEL 7 DE NOVIEMBRE:

13. Nidia Cortés Velásquez
14. Wilda Azucena Vargas
15. Martha Yolanda Báez
16. Claudia Velandia
17. Martha Elena Rojas → Sin completos
18. Yaneth A. Muñoz
19. Marilyn Barreto
20. Angie Carolina Ruíz
21. Carolina Moya
22. Por definir Hospital

Agradezco su amable colaboración.

Cordialmente,



LUIS ALEJANDRO GOMEZ BARRERA
Profesional Especializado en Salud Pública

Anexo: 2 Folios

Copia: Dr. Carlos Héctor Díaz González – Talento Humano
Dr. Ramón Segura Molina – Contratación

Elaboró: Yolanda M. 2-10-07



HOSPITAL DEL
SUR
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

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 <u>Hospital del sur</u>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONO <u>290 4158</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>23</u> MES <u>07</u> AÑO <u>2007</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u>23</u> MES <u>08</u> AÑO <u>2007</u>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <u>Auxiliar de enfermería</u>	DEPENDENCIA <u>Salud pública</u>	DIRECCIÓN <u>Crr 59 # 14-44</u>	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <u>Hospital del sur</u>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONO <u>290 4158</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>11</u> MES <u>03</u> AÑO <u>2007</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u>30</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2007</u>	
CARGO O CONTRATO <u>Aux. de enfermería</u>	DEPENDENCIA <u>Salud pública</u>	DIRECCIÓN <u>Crr 59 # 14-44</u>	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <u>Hospital del sur</u>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONO <u>290 4158</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>10</u> MES <u>07</u> AÑO <u>2006</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u>15</u> MES <u>12</u> AÑO <u>2006</u>	
CARGO O CONTRATO <u>Aux. Enfermería</u>	DEPENDENCIA <u>Salud pública</u>	DIRECCIÓN <u>Crr 59 # 14-44</u>	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <u>Hospital del sur</u>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONO <u>290 4158</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>01</u> MES <u>02</u> AÑO <u>2006</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u>05</u> MES <u>05</u> AÑO <u>2006</u>	
CARGO O CONTRATO <u>Auxiliar de enfermería</u>	DEPENDENCIA <u>Salud pública</u>	DIRECCIÓN <u>Crr 59 # 14-44</u>	

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



HOSPITAL DEL
SUR
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

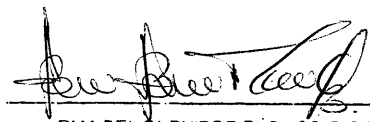
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2 1/2	30
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	48
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6 1/2	78

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 PERMANENTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES (ARTÍCULO 56 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

24

**FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA
PRIVADA**

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

a) Las estructuras 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 comisiones directivas:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

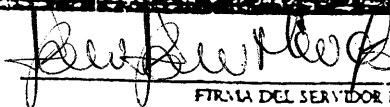
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION CC ☐ CE ☐ OTRO ☐	No
---------------------------------	--	----

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá Octubre 09-2007
CIUDAD Y FECHA

EMPLEADOR O CONTRATANTE

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA
PRIVADA

DECLARACIÓN JURAMENTADA
II DE BIENES Y RENTAS

1. NOMBRE Y APELLIDOS: Yenny Yurany Henrique Pinzon

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 52'966.701

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

Av. Caracas #49-34 Apt 301 Bto

DIRECCIÓN

Av. Caracas #49-34 Harly

TÉLEFONOS

3401791 - 2399094

MUNICIPIO

Bogotá

DEPARTAMENTO

Cundinamarca

PAÍS

Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGÜEDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122 INCISO 3.º DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 1 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1993, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERMEDIATA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtengo en el "último" año posible fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SÍMBOLO DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

23

YEIMI YURANY MANRIQUE PINZON
AUXILIAR DE ENFERMERÍA



Auxiliar de enfermería con experiencia en el cuidado del adulto mayor, primeros auxilios y administración de micro nutrientes a niños en edad escolar, terapia respiratoria. Con alto grado de liderazgo, responsabilidad y conocimiento en el área con la capacidad de trabajar en equipo y maneja básico de sistemas.

DATOS PERSONALES

<i>Lugar y fecha de nacimiento:</i>	<i>Bogotá, 23 de diciembre de 1983</i>
<i>Documento de Identidad:</i>	<i>52.966.701 Bogotá</i>
<i>Dirección:</i>	<i>Av. Caracas # 49 – 34 Apto 302</i>
<i>Teléfono:</i>	<i>3401791 / 2799094 / 314 248 2564</i>
<i>Registro profesional:</i>	

ESTUDIOS REALIZADOS

Secundaria	LICEO FEMENINO DE CUNDINAMARCA <i>Bachillerato Comercial</i> <i>Bogotá 2002</i>
Formación Técnica:	INSTITUTO INGABO - SALUD <i>Auxiliar de Enfermería</i> <i>Bogotá 2002</i>
Otros	INSTITUTO DE FORMACION FUSDESA <i>Terapia Respiratoria</i> <i>Bogotá 2007</i>
	INSTITUTO DE FORMACION FUSDESA <i>Primeros Auxilios</i> <i>Bogotá 2007</i>

22

EXPERIENCIA LABORAL

HOSPITAL DEL SUR (Secretaria de Salud)

UPA 11 – Puente Aranda

Jefe Inmediato: Andrea Chávez (Nutricionista)

Tiempo Laborado: 22 meses 2007

TEL: 4137104

ANGELA CASCANTE

Cargo: Auxiliar de enfermería

TEL: 2375651

HECTOR EMILIO GONZALEZ

Cargo: Auxiliar de enfermería

TEL: 3728902

CENTRO DE ESTETICA DERMACLIN

Jefe Inmediato: Marcela Acevedo

Cargo: Auxiliar de enfermería

Tiempo Laborado: 6 meses

Los Ángeles California

TEL: (323)3531349

MARTA GALVIS

Cargo: Auxiliar de enfermería

TEL: 311 893 2730 / 2374715 / 4095013

REFERENCIAS PERSONALES

LUZ MERY ROMERO

Diseñadora

2795269

MARTHA ELENA ROJAS

Auxiliar de Enfermería

7144024

REFERENCIAS FAMILIARES

MARGARITA MAHECHA

Hogar

7604268

NIDIA MANRIQUE

Madre Jardinera

2799094



YEIMI YURANY MANRIQUE

C.C. No. 52.966.701 Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52966701

MANRIQUE PINZON

APÉLLIDOS

YEIMI YURANIE

NOMBRES

YEIMI MANRIQUE

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1983

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

08-ENE-2002 BOGOTA D.C.

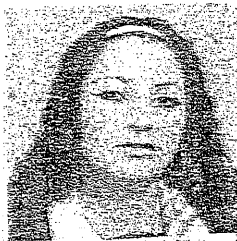
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500102-42101313-F-0052966701-20020211 0603902042A 01 113906332



cc 52 966 701 de 1512

Nombres:

YEINE YURANIE

Apellidos:

MARQUEZ PINZON

FIRMA DEL INTERESADO

INDICE DE DELINCHIO

No. 13967211

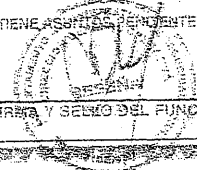
EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD

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





REPÚBLICA DE COLOMBIA SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD NIT 800.130.907-4		Salud Total ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - ADMINISTRADORA DE REGIMEN SUBSEGURO
YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON		
C - 52966701	Fecha Afil (M/D/A) 5/ 2/2007	
COTIZANTE	No. Radicación 100727197	
Rango Salarial A		
Tipo de Discapacidad		
Id Beneficiario	87336596	
Tel. Central de Citas Medicas	6001690	
Tel. Central de Citas Odontologicas	6001700	

ESTE CARNÉ TIENE VALIDEZ SI ESTÁ AL DÍA EN SUS PAGOS
 En caso de urgencia o requerir orientación comuníquese inmediatamente con la Línea Total
 en Bogotá al teléfono 6001700 para fuera de Bogotá al 018000514524 Servicio las 24 horas.

IMPRESO POR CENSULABORACIONES YURANY MANRIQUE SA. NIT 1518054 TEL 48719

 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): 5 2 9 6 6 7 0 1	6. DV: 1	12. Administración: 32
		14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o su 2	25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13	26. Número de identificación: 5 2 9 6 6 7 0 1	27. Fecha expedición: 2002 01 08
Lugar de expedición: 28. País: COLOMBIA 169	29. Departamento: Bogotá D.C. 11	30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001	
31. Primer apellido MANRIQUE	32. Segundo apellido PINZON	33. Primer nombre YEIMI	34. Otros nombres YURANIE
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			

UBICACION			
38. País: COLOMBIA 169	39. Departamento: Bogotá D.C. 11	40. Ciudad/Municipio: 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: 8 5 1 5	47. Fecha inicio actividad: 2003 04 10	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1 2	51. Código: 5 1 3 2
				52. Número establecimientos	

Responsabilidades																																			
53. Código: 2 0 <table 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> </table>																		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																		

20- Obtención NIT Dto 3050 de 1997 (Art 3o)

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



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:** YEIMY YURANIE MANRIQUE PINZON

Código de Verificación: 8864854

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

Lunes, 08 de Octubre de 2007

Página 1 de 1

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

CERTIFICA

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

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, Venticuatro (24) de AGOSTO 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.

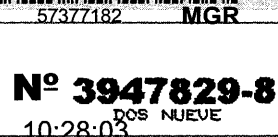
El certificado de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Ley 734 de 2002, art. 174).

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- e. macias


ROSA MYRIAM VILLAMIL RICAURTE
Jefe Oficina Asesora Jurídica



CERTIFICADO ORDINARIO
No.7188210

Hoja: 1 de 1

Bogotá, D.C. 24 de Agosto de 2007

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) YEIMI YURANIE MANRIQUE PINZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 52966701 :

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIAS:

El presente certificado tiene vigencia de 3 meses a partir de la fecha de su expedición en todo el territorio nacional.

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)

Mayakovsky

MAGALY ARAUJO MESTRE
JEFE DIVISION CENTRO DE ATENCION AL PUBLICO - 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.

COPY COPY

**Centro de Atención al Público - CAP - Línea Gratuita 01 800 09 10315 dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15-60 Piso 1 PBX: 3360011 - 3520066 Ext. 20100 www.procuraduria.gov.co - Bogotá, D.C.**

2007/06 - 6801043

Programa de prevención de Hepatitis B

Carnet de Vacunación

Nombre: Yaimy Tidorique

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

Dosis	Mes	Día	Año	Lote
1a.	04	16	2002	1001710
2a.	05	16	2002	1001710
3a.	06	20	2002	1001710

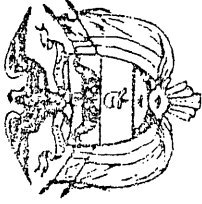


Heberbiovac HB®
Vacuna Anti-Hepatitis B Recombinante



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

República de Colombia



El Instituto de Educación No Formal

Instituto Vagabundo

Con autorización Oficial según Acuerdo 25 del 4 de Marzo del 1998 y Acuerdo 27 del 2 de Julio de 1998 de Min. Salud y la Resolución No. 300 del 8 de Febrero de 1999 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de

Técnico Laboral

A YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON

C.C. 52.966.701 de BOGOTA

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA



Con una duración de 2.000 horas
Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a los 8 días del mes de DICIEMBRE de 2.002

Rosa Leticia Rada *hago constatar que esta fotocopia coincide con su original que he tenido a la vista y he publicado*

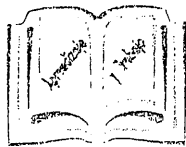
El Director

Secretaría

Registro No. 4467 del Libro de Certificados No. 1

2005

WILLY VALEN MORA
NOTARIO VEINTITRES
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:

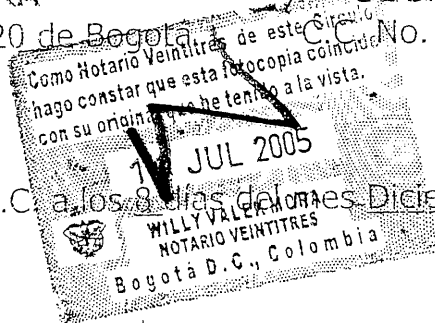
Rosa Yvetha Rodalón
DIRECTORA

C.C. No. 39.716.620 de Bogotá

Willy Valer Montoya
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



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

yrs

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
Actuado No. 27 del 2 de Julio de 1998

Certifica:

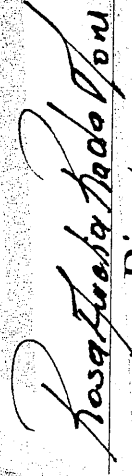
Que: YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON

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



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:

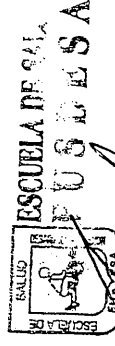
Yeimy Yuranye Manrique Pinzon

Que:

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

Roberto Galindo González

Roberto Galindo González
Presidente



Pedro Del Pérez Ardila

Dr. Pedro Del Pérez Ardila
Director Académico

Alfonso Polanco

Terapeuta Respiratoria

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

Salud Total

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
NIT.800.130.907-4

BOGOTÁ, 3 de Mayo de 2007

Señor(a)
YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON
TD C No 52966701

REFERENCIA: ST-358A-2005-05-V1 CERTIFICADO DE RADICACION DE SOLICITUD DE INSCRIPCION
Formul. No 2001346590 Radicación No 100727197 Fecha Radicación (Mayo 2 de 2007)

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total E.P.S, y nuestros agradecimientos por habernos escogido como la Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia. Salud Total EPS, certifica que su solicitud de inscripción y la de su grupo familiar se encuentra radicada al Plan Obligatorio de Salud Régimen Contributivo en Salud Total, como trabajador Independiente con una base de cotización para el 2007 de \$ 433700.

A continuación relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este contrato que fueron aprobados:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	IPS Asignada (Med/Odonto)	Dirección Residencia (dir / tel / ciudad)
YEIMY YURANY MANRIQUE PINZON	52966701 C	12/23/1983	CÓNYUNTE	Femenino	CHAPINERO UOCHAP	CL 48I 5F 26 IN 11 MZ 10 2799094 BOGOTÁ

Beneficiarios no incluidos en su afiliación por presentar las siguientes inconsistencias.

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Parentesco	Causa de Rechazo
-------------------	------------------	------------	------------------

Información Afiliación

Afiliación (Colectiva / Individual)

EPS Anterior

Inicio Vigencia Afiliación

EPS HUMANA VIVIR S.A.
5/2/2007

Información Laboral

Fondo de Pensiones

Administradora Riesgos Profesionales

PORVEOR
NINGUNA

Declaro bajo la gravedad de juramento, que aparte de las personas incluidas en este formulario, 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 15 días siguientes, para dar cumplimiento a la ley, que obliga a que todo grupo familiar esté en la misma EPS (Decreto 806 de 1998).

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de copia de formulario de afiliación. La información relacionada con los derechos y deberes, así como las demás exigida por el art. 8 del decreto 1703 de 2002, se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) WILLIAM LEON GUERRERO Código 3648, o dirigirse a la oficina de SaludTotal más cercana.

Los pagos se deben realizar oportunamente, de no hacerlo puede perjudicar la prestación de servicios de salud para usted y su grupo familiar. Estos pagos se pueden realizar en Colmena, Barrio de Bogotá o AV Villas.

Cordial saludo

JUAN MANUEL VELASQUEZ HENAO
Vicepresidente Comercial



Pensiones Porvenir

Liquidación Telefónica o Internet
Comprobante de consignación

CLASE DE PAGO

AUTO LIQUIDACIÓN

CUENTA
DE COBRO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

TIPO DE
IDENTIFICACIÓN

NIT

C.C.

DV

3296670

TIPO DE APORTANTE

Dependiente Independiente Agremiado

☐ ☒ ☐

Nombre / Razón Social

Yenny Yenny Hernandez P

Teléfono

274094

Dirección

Ciudad

CLAVE O NÚMERO DE CUENTA DE COBRO

Independiente

PERIODO DE PAGO

AÑO

MES

2007 - 07

DÍAS TRABAJADOS

Diligencie este campo sólo
si usted es trabajador
independiente.

30

FORMA DE PRESENTACIÓN DE DETALLES

Disquete ☐

Listado ☐

Cantidad
de hojas



(415)7709998002227(8020)0017565232

FORMA DE PAGO

CHEQUES BANCOS LOCALES

BANCO

No. CHEQUE

VALOR (\$)

TOTAL CHEQUES \$

EFFECTIVO \$

TOTAL CONSIGNACIÓN \$

REGISTRE LA SANCIÓN MORATORIA DEL
PERIODO QUE PAGA EN ESTE COMPROBANTE \$

67.250
67.250

ENTIDAD RECAUDADORA

Banco AV Villas

000-17068-8

Banco de Bogotá

000-34343-4

Banco de Occidente

256-04192-2

Banco Popular

150-21289-2

No. 17565232

Porvenir le advierte que:
1) El recibo del pago de los aportes en mora al Sistema General de Pensiones, efectuados con posterioridad a la ocurrencia del siniestro de sus trabajadores no significa, en ningún caso, que esta Administradora acepte o se aliene a la mora y por consiguiente no le exonera de su responsabilidad legal en el pago de la respectiva pensión y demás consecuencias que se deriven de su incumplimiento (art. 39 Dto. 1406 de 1999).
2) Al realizar el presente pago dentro de las fechas establecidas, el empleador declara conocer y aceptar en su totalidad el contenido de la planilla de autoliquidación de aportes. Así como las correcciones que efectúe de la misma cuyo código o clave y valor, o en su defecto nombre del banco, oficina, fecha y valor coinciden con este comprobante.

Nombre

FIRMA RESPONSABLE

PARA TODOS LOS EFECTOS SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

AVV 016 20070710 09:44 SC 237 LINEA 1
EF 67,250.00 CH 0.00
NOMBRE: FONDO DE PENSIONES PORVENIR
CTA:000170688 PIN:
REF:52966709

Este pago no es válido sin el timbre o sello de la caja

ARR-06

— EMPLEADOR —

REQ1-FTP-01V: I.S

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Octubre 16 de 2007

No. 1953

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL CON 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 : 76.174.646.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 2.086.482.587.00

SALDO DE APROPIACION : 2.164.657.233.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: LUIS FERNANDO RIVERO PAVLA
 EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON CERO DÍGITOS
 PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

CONTRATACION DE RECURSO HUMANO PARA LA EJECUCION
 APOYO ACTIVIDADES ASISTENCIALES

POR UN VALOR INICIAL DE : 2.000.000.000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 2.000.000.000.00

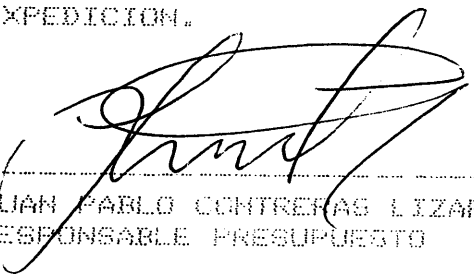
DOS MIL MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA PRESENTADA DE
 DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: APROPIACION

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 86.482.587.00

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


 JUAN PABLO CONTRERAS LIZARAZO
 RESPONSABLE PRESUPUESTO



Bogotá, 16 de Octubre de 2007

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

Respetado doctor Contreras:

Comendidamente solicito la expedición de certificado Disponibilidad, así:

VALOR: \$ 2.000.000.000.00
RUBRO: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS (ASISTENCIALES)
CONCEPTO: CONTRATACION DE RECURSO HUMANO PARA LA
EJECUCION APOYO A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES
Y DE SALUD PUBLICA

Cordialmente,

LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA

Gerente (E)
Hospital del Sur E.S.E.

Reviso y Aprobó: Maria Gloria Segura Ortiz – Subgerente Servicios de Salud
Elaboro: Adriana Méndez



Carrera 78 No. 35 - 71 Teléfonos 2731819-2731806 - 2731783 Bogotá D.C. Colombia
www.hospitalsur.gov.co
E-mail : gerencia@hospitalsur.gov.co

Respeto por la vida

HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



TALENTO HUMANO

FORMATO DE SOLICITUD DE PERSONAL

FECHA (dd/mm/aa):

1 de octubre de 2007

SOLICITUD No.:

NOMBRE DEPENDENCIA:

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - SALUD PÚBLICA

FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA SOLICITUD:

ALEJANDRO GÓMEZ BARRERA

CARGO:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

PROFESIONAL ESP.

PROFESIONAL UNIV.

TÉCNICO PROF.

TÉCNICO

AUXILIAR

X

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES ESPECÍFICAS (Perfil): Auxiliar de enfermería para el proceso de suplementación en el ámbito escolar

OBJETO, ACTIVIDADES A REALIZAR:

1- Realizar las actividades propias de la ejecución del contrato del PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA en lo referente a su perfil profesional, de acuerdo con los lineamientos, fichas técnicas y demás documentos que hacen parte integral del contrato. 2. Desarrollar las actividades educativas a que haya lugar, según lo estipulado en los lineamientos y fichas técnicas del contrato del PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA. 3. Presentar oportunamente y dar estricto cumplimiento a los cronogramas mensuales, de acuerdo con el referente PAB y el supervisor del contrato. 4. Participar en las reuniones programadas por los referentes de PAB, de acuerdo con los lineamientos y fichas técnicas. 5. Obrar con lealtad y buena fé en las distintas etapas contractuales y evitando todo tipo de dilaciones o entramamientos que pudieran presentarse. 6- Apoyar el desarrollo documental y operativo del Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Control Interno del Hospital adaptado al Sistema Estándar de Control Interno MECI 7- Presentar los informes y soportes que la ESE requiera a través del supervisor del contrato. 8- Diligenciar los soportes y/o documentos que sean necesarios o hayan sido solicitados por los entes u organismos de control. 9. Y demás obligaciones contractuales que estén relacionadas con el objeto del contrato.

ÁREA DE LABOR:

SALUD PÚBLICA (ámbito escolar)

DURACIÓN DEL CONTRATO:

2 MESES

NÚMERO DE PERSONAS
REQUERIDAS:

12

EXPERIENCIA
(Laboral y/o
Profesional)

AÑOS

NR

MESES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.:

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

8 de octubre 2007

VALOR MENSUAL CONTRATO

\$

900.000,00

FIRMA RESPONSABLE DE ÁREA:

[Firma manuscrita]

FIRMA SUBGERENTE:

[Firma manuscrita]

FIRMA GERENTE:

[Firma manuscrita]

RECIBE TTHH:

FECHA (dd/mm/aa):

OBSERVACIONES: