Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-07-01	**Hasta:**	2024-07-31	
Nombre del Contratista:	SANDRA MILENA HERNANDEZ GUTIERREZ		**Número de Documento:**	52024058	
Correo Electrónico:	sand.runchiss27@gmail.com		**Número Telefónico:**	3176208324	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3989-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	465
Perfil:	HIGIENISTA ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
E01UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MARICHUELA	186	18	8980	$1831920	109.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1831920**	**UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-06-30	1	$ 3340560	1013
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 3690780	1541

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 1670280
2	MARZO	$ 1670280
3	ABRIL	$ 1670280

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	MAYO	$ 1975600
5	JUNIO	$ 1670280
6	JULIO	$ 1831920

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5010840	**$ 12042180**	**$ 10488640**	**$ 1553540**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil Técnico Profesional en Salud Oral acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-REALIZAR DE CONSULTA DE HIGIENE ORAL EN EL ÁREA DE ODONTOLOGÍA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR , DURANTE EL TIEMPO DE DISPONIBILIDAD INDICADO A SU PROPUESTA	-AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	--PARTICIPAR SEGÚN SU COMPETENCIA EN LA ATENCIÓN QUE DEBA REALIZAR EL CONTRATANTE A LOS DIFERENTES USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS QUE VIGILEN SU ACTUAR EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD .	-AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
3	3). Registrar en la historia clínica la informaciòn de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya)	-DILIGENCIAR DE FORMA CLARA , CORRECTA Y OPORTUNAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBREDSUR Y LA HISTORIA CLÍNICA CUMPLIENDO CON LOS PARÁMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE "	--PROGRAMACION POR PARTE DE LÍDER
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de salud oral y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E	-PROGRAMACIÓN POR PARTE DE LÍDER
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-APOYAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN PRO DE UNA MEJOR ATENCIÓN .	--PROGRAMACION POR PARTE DE LÍDER
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--PROMOVER EN LOS USUARIOS LA GENERACIÓN DE ESTILOS , HÁBITOS Y CONDUCTAS DE VIDA SALUDABLE , MEDIANTE ACCIONES DE EDUCACIÓN -	-RIPS, INFORME DE ACTIVIDADES INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 1670280
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1064395121	-		
2024	**JUNIO**	**2024**	**07**	**15**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1300000	$ 208000	**$ 208000**
Salud		FAMISANAR		$ 162500	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31700**
Caja de Compensación	SI	CAFAM	**Total**	**$ 377286**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24124858613

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA MILENA HERNANDEZ GUTIERREZ	2024-07-24 16:51:03
RECHAZADO SUPERVISOR	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-07-25 17:57:52
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA MILENA HERNANDEZ GUTIERREZ	2024-07-29 10:08:22
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA MILENA HERNANDEZ GUTIERREZ	2024-07-29 11:31:12
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-07-30 07:21:35
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-07-31 10:57:37
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-08-13 15:00:22

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

© Siasur - 2024

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-07-15, 05:01:20 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1064395121 **Referencia pago(PIN)** 8810622152

Periodo Cotización 202406 **Periodo Servicio** 202406

Cliente:

PAGADA 2024-07-15 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA MILENA HERNANDEZ GUTIERREZ				
Documento	CC 52024058	**Dirección**	CR 10A #13 - 11 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3176208324		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52024058		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					HERNANDEZ GUTIERREZ SANDRA MILENA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.300.000	230301		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	CCF21	2 %	$ 1.300.000	$ 26.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 16:44:45
SANDRA MILENA HER...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTO 3989-2024 FEBRERO-UNIDAD DANUBIO AZULNUEVO.pdf	CTO 3989-2024 FEBRERO-UNIDAD DANUBIO AZULNUEVO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO-3989-2024_merged.pdf (Archivado)	CTO-3989-2024_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA ABRIL-CTO-3989-2024.pdf (Archivado)	CUENTA ABRIL-CTO-3989-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA MAYO-CTO3989-2024.pdf (Archivado)	CUENTA MAYO-CTO3989-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL-CTO3989-2024.pdf	CUENTA ABRIL-CTO3989-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO-CTO-3989-2024.pdf	CUENTA MARZO-CTO-3989-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO-CTO3989-2024 (1).pdf	CUENTA MAYO-CTO3989-2024 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO-CTO3989-2024.pdf	CUENTA JUNIO-CTO3989-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

/ Conflicto de Intereses

A-

A+

Tipo Declaración

En cumplimiento de lo contemplado en la Ley 190 de 1995, Ley 1437 de 2011, Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1952 de 2019 y la Ley 2016 de 2020 y con el fin de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con mi interés particular, me comprometo a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones, potenciales o reales, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las causales que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés. Por lo anterior, manifiesto bajo la gravedad de juramento:

A-

A+

Tipo Declaración *

Entidad *

Cargo *

Siguiente

Histórico Declaraciones

10

24-jul-2024 00:00	Para actualizar durante la ejecución del contrato	24-jul-2024 16:20	Generar Reporte
22-ene-2024 00:00	Para suscribir contrato de prestación de servicios	22-ene-2024 15:29	Generar Reporte
29-jul-2023 00:00	Para actualizar durante el ejercicio del cargo	29-jul-2023 12:34	Generar Reporte
21-jul-2022 00:00	Para actualizar durante la ejecución del contrato	21-jul-2022 14:41	Generar Reporte

(1 of 1)

A-

A+

© Todos los derechos reserva

/ Bienes y Rentas

A-

A+

Declaración

Bienes y Rentas

Apreciado servidor:

De acuerdo con las disposiciones legales en especial a lo establecido en el artículo 122 de la constitución nacional y en los artículos 13 y 14 de la Ley 190 de 1995, es requisito para la posesión y para el desempeño del cargo la declaración bajo juramento del nombrado, donde conste la identificación de sus bienes y rentas. Se debe especificar que los bienes y rentas declarados son los únicos que posee el declarante, ya sea personalmente o por interpuesta persona, a la fecha de dicha declaración. Tal información deberá ser actualizada cada año y, en todo caso, al momento de su retiro. En atención a lo anterior el Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital en SIDEAP ha desarrollado un módulo donde los servidores podrán diligenciar la información para la declaración juramentada de Bienes y Rentas, en el formato establecido por la Función Pública, para ser impreso, firmado y entregado en el área de talento humano de su correspondiente entidad previa vinculación, entre el 1 de junio y 31 de julio o al momento del retiro del servicio dando así cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 484 de 2017.

A-

A+

¿Quieres diligenciar una declaración?

No estoy seguro, Volver

Declaración

10

Fecha de declaración	Año gravable	Tipo	Estado	Ver
24-jul-2024	2023	Para actualizar durante la ejecución del contrato	Presentada	Ver
22-ene-2024	2023	Para actualización (Periodica)	Presentada	Ver
22-ene-2024	2023	Para actualización (Periodica)	Presentada	Ver
22-ene-2024	2023	Para actualización (Periodica)	Presentada	Ver
29-jul-2023	2022	Para actualización (Periodica)	Presentada	Ver
23-ene-2023	2022	Para actualización (Periodica)	Presentada	Ver
23-ene-2023	2022	Para actualización (Periodica)	Sin presentar	Ver
21-ene-2023	2022	Para actualización (Periodica)	Presentada	Ver
21-ene-2023	2022	Para actualización (Periodica)	Presentada	Ver
21-jul-2022	2021	Para actualización (Periodica)	Presentada	Ver

(1 of 2)

A-

A+

© Todos los derechos reservados

A-
A+

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-jul-2024

Fecha Validación:29-jul-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
HERNANDEZ	GUTIERREZ	SANDRA MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52024058	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES JUL AÑO 1972

PAÍS Colombia

DEPTO Valle del Cauca

CIUDAD Palmira

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CR 10 A # 13-11 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7238749

EMAIL sand.ruchiss27@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 1998
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Higienista Oral	Fundacion FEE	2008	1720
Auxiliar de consultorio odontología	Fundacion FEE	2007	1000

Firma electronica validador: null

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.subredsur.gov.co	
TELÉFONOS: 7300000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 11 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA	*DEPENDENCIA*: asistencial	*DIRECCIÓN*: Calle 65 sur 7 d-50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.subredsur.gov.co	
TELÉFONOS: 3078181	*FECHA DE INGRESO*: DIA 28 MES 10 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR CONSULTORIO	*DEPENDENCIA*: CONSULTA EXTERNA	*DIRECCIÓN*: KR 76 B No. 60 A - 42 SUR	

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-jul-2024

Fecha Validación:29-jul-2024

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3144300	DIA 22 MES 8 AÑO 2017	DIA 30 MES 10 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de consultorio odontologico	Asistencial	TV 24 # 54 - 08

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL PABLO VI E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7799800 ext: 18671	DIA 23 MES 10 AÑO 2012	DIA 31 MES 5 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Higienista oral	Salud publica	Calle 60 sur # 77 - 51

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL FONTIBON E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4860033 - 4868510	DIA 8 MES 4 AÑO 2011	DIA 31 MES 8 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Higienista oral	Salud publica	CRA 104 # 20 c 21

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-jul-2024

Fecha Validación:29-jul-2024

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CONSULTORIO ODONTOLOGICO SYT		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3203883458	DIA 10 MES 4 AÑO 2010	DIA 18 MES 11 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de consultorio	Asistencial	CLL 26 sur # 7 - 28

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COOPSERVIACTIVOS C.T.A ORALMEDIC		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3477263	DIA 15 MES 7 AÑO 2008	DIA 18 MES 5 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de consultorio	Asistencial	AV 1 de MAYO # 39 - 72 sur

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	1	7
Pública	11	9
Total	13	4

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-jul-2024

Fecha Validación:29-jul-2024

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null