Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
YOLANDA GUERRERO ALBAN					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			51.708.578		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2424 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.243.840	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 39.182.460		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 4.533.684
Nº DE INFORME:	(10) DIEZ	Nº CRP:	14700	Nº CDP:	280
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	9 MESES Y 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	6	PRORROGAS	5	
VALOR ADICIONADO	$ 3.472.032	CDP DE LA ADICIÓN:	$ 945	CRP DE LA ADICIÓN:	22126	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.621.920	CDP DE LA ADICIÓN:	$ 1.269	CRP DE LA ADICIÓN:	24635	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.459.168	CDP DE LA ADICIÓN:	$ 1.614	CRP DE LA ADICIÓN:	28356	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.934.560	CDP DE LA ADICIÓN:	$ 2.202	CRP DE LA ADICIÓN:	33487	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 13.489.920	CDP DE LA ADICIÓN:	$ 2.614	CRP DE LA ADICIÓN:	37145	TIEMPO PRORROGADO:	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 961.020	CDP DE LA ADICIÓN:	$ 2.786	CRP DE LA ADICIÓN:	39349	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)
1	Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, se realizaron: 222 Horas para el mes de Octubre 2024
2	Se realiza el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas.
3	Se verifico de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten.
4	Se administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento.
5	Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería.
6	Se Realizo la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente.
7	Se Controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
8	Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.
9	Participe en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso.
10	Se Realiza la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.
11	Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.
12	Se Realiza la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial, para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama.
13	Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.
14	Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred.
15	Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas,
16	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado.
17	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.
19	Se hace verificacion y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro.

20	Se cumplen las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería.
21	Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.
22	Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.
23	Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios.
24	Apoyo continuamente las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E
25	cuando se requiere se Coordinar el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización así lo amerite.
26	Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita.
28	Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE.
29	cuando se Requiera se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.
30	se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera.
31	Se Realiza los registros en DHG historia clínica de Enfermería.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1067234788	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/10/2024	$ 208.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/10/2024	$ -
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/10/2024	$ 40.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 249.000

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

Yolanda Guerrero A.

YOLANDA GUERRERO ALBAN
C.C: 51708578
CEL: 3134142877

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

YOLANDA GUERRERO ALBAN

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 51.708.578

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2424 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 39.182.460		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 4.533.684
N° PAGO / N° DE INFORME:	(10) DIEZ	N° CRP INICIAL:	14700	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 MESES Y 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067234788		OPERADOR:		SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 6	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION 6	PRORROGA 5
VALOR ADICIONADO	$ 3.472.032	CDP DE LA	945	RP DE LA	22126	TIEMPO	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.621.920	CDP DE LA	1269	RP DE LA	24635	TIEMPO	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.459.168	CDP DE LA ADICIÓN:	1614	RP DE LA ADICIÓN:	28356	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.934.560	CDP DE LA	2202	RP DE LA	33487	TIEMPO	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 13.489.920	CDP DE LA	2614	RP DE LA	37145	TIEMPO	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 961.020	CDP DE LA	2786	RP DE LA	39349	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NATHALY DUQUE SALAZAR Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria MARCELA TRIVIÑO CORTES Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YOLANDA GUERRERO ALBAN	CC: RUT (NIT):	51708578
CORREO ELECTRÓNICO:	YOSAFER0425@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3134142877
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 28N 73 A 36	CIUDAD:	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	OTRO				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	9970426640

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 2424 2024	Nº CDP:	280	Nº. RP:	14700	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES Y 10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 39182460
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4.533.684					
	CUATRO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					

Yolanda Guerrero A.

YOLANDA GUERRERO ALBAN
51708578
3134142877

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-10, 10:54:37 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067234788

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8823547356

PAGADO 10/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YOLANDA GUERRERO ALBAN		
Documento	CC51708578	**Dirección**	DG 2 B NO 73 B 36
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134142877
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET F	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51708578	YOLANDA GUERRERO ALBAN	59	02																		0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS305) EPS SANITAS	$ 1.666.435	$ 208.400	2,436	$ 1.666.435	$ 40.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 1.666.435	$ 1.666.435	$ 0	$ 0	$ 208.400	$ 40.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.000	$ 0	$ 249.000

Lineas 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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YOLANDA GUERRERO ALBAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **51708578,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de octubre de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO SUB 85795
RADICADO No. 2020_3115738 01 ABR 2020

Por la cual se reconoce y ordena el pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) **GUERRERO ALBAN YOLANDA,** identificado(a) con CC No. 51,708,578, solicita el 5 de marzo de 2020 el reconocimiento y pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ, radicada bajo el No 2020_3115738.

Que el (la) peticionario(a) ha prestado los siguientes servicios:

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
CENT MED NUESTA SRA FATIMA	19921119	19921231	TIEMPO SERVICIO	43
CENT MED NUESTA SRA FATIMA	19930101	19930128	TIEMPO SERVICIO	28
CLINICA SAN JUAN DE DIOS	19931119	19941231	TIEMPO SERVICIO	408
CLINICA FEDERMAN	19941219	19941231	TIEMPO SERVICIO	13
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19950101	19950131	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19950301	19950331	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19950401	19950430	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19950501	19950531	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19950601	19950630	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19950701	19950731	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19950801	19950831	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19950901	19950930	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19951001	19951031	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19951101	19951130	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19951201	19951231	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19960101	19960131	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19960201	19960229	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19960301	19960331	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19960401	19960430	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19960501	19960531	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19960601	19960630	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19960701	19960831	TIEMPO SERVICIO	60
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19960901	19960930	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19961001	19961031	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19961101	19961130	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19961201	19961231	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19970101	19970131	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19970201	19970228	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19970301	19970331	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19970401	19970430	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19970501	19970531	TIEMPO SERVICIO	30
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	19970601	19970630	TIEMPO SERVICIO	30