

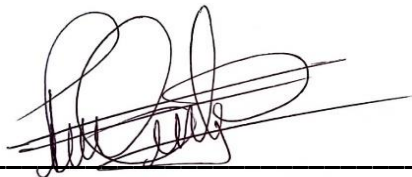
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL FORMATO DE RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL Código: SDS-CON-FT-084 V.2	Elaborado por: Luis Eduardo Zamora Sánchez Revisado: Héctor Fabio Gonzalez Castellanos Aprobado por: Luz Myriam Ciro Flórez	
---	--	--	--

RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

Yo Diana Paola Gonzalez Orjuela, identificado (a) con cédula de ciudadanía N. 1.022.351.464 expedida en la ciudad de Bogotá, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI (X) NO () me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios o de apoyo a la gestión con otras entidades estatales y los relaciono a continuación:

No.	ENTIDAD ESTATAL	NÚMERO DE CONTRATO (vigente)	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1	HOSPITAL SAN ANTONIO GUTAVITA	146	4 MESES	10.550.000	01/01/2025	30/04/2025
2	ALCALDIA MUNICIPAL GUATAVITA	17	7 MESES	23.893.100	23/01/2025	22/08/2025
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento a los treinta(30) días del mes de enero del año 2025.



Firma

Nombre: Diana Paola Gonzalez Orjuela

Cédula: 1022351464

Dirección: Cr 98 2 44

Correo Electrónico: digonzalezor@gmail.com

Teléfono fijo o celular: 3143248602