

SEGUIMIENTO MESA DE TRABAJO SIPROJ - ANALISIS MÓDULOS DE PAGOS - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO DISTRITAL DE SALUD 27-05-2022

Listado de asistencia de personal que se encuentra invitado a esta reunion

Correo *

laavilas@secretariajuridica.gov.co

Nombres y Apellidos *

LUIS ALEJANDRO AVILA SÁNCHEZ

No. de identificación *

80.804.316

Numero de contacto *



Nivel *

- DIRECTIVO
- ASESOR
- PROFESIONAL
- TECNICO
- ASISTENCIAL

Entidad a la que presta servicio

SECRETARÍA JURÍDICA DISTRITAL



NIVEL ACADEMICO *

- Posgrado
- Pregrado
- Tecnologo
- Tecnico
- Bachiller

IDENTIDAD DE GENERO *

- Femenino
- Masculino
- Transgenero
- Prefiero no decirlo

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD? *

- FISICA
- VISUAL
- AUDITIVA
- INTELECTUAL
- PSICOSOCIAL
- OTROS
- NINGUNA

Nombre de la jornada/Reunión *

SEGUIMIENTO MESA DE TRABAJO SIPROJ - ANALISIS MÓDULOS DE PAGOS - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO DISTRITAL DE SALUD 27-05-2022

Fecha de la jornada *

DD MM AAAA

27 / 05 / 2022

Medio a través del cual se ejecuto el servicio, jornada, capacitación o Reunión *

- Virtual
- Presencial

Por favor califique el desarrollo de la jornada / Reunión *

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Deficiente

Presenta alguna sugerencia o recomendación frente a la jornada realizada?

Tipo de Vinculación *

- Carrera Administrativa
- Libre nombramiento y remoción
- Planta Temporal
- Provisional
- Trabajador Oficial
- Contrato de prestación de servicios
- Ninguna o N/A

¿En la jornada, se asumió algún tipo de compromiso por parte de la entidad? En caso de ser así, por favor menciónelo

.....

Si su entidad no se encuentra en el listado por favor agregar aquí

.....

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.

Google Formularios

SEGUIMIENTO MESA DE TRABAJO SIPROJ - ANALISIS MÓDULOS DE PAGOS - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO DISTRITAL DE SALUD 27-05-2022

Listado de asistencia de personal que se encuentra invitado a esta reunion

Correo *

hlromerot@secretariajuridica.gov.co

Nombres y Apellidos *

Heidy Lorena Romero Torress

No. de identificación *

1023894175

Numero de contacto *

[REDACTED]

Nivel *

- DIRECTIVO
- ASESOR
- PROFESIONAL
- TECNICO
- ASISTENCIAL

Entidad a la que presta servicio

SECRETARÍA JURÍDICA DISTRITAL



NIVEL ACADEMICO *

- Posgrado
- Pregrado
- Tecnologo
- Tecnico
- Bachiller

IDENTIDAD DE GENERO *

- Femenino
- Masculino
- Transgenero
- Prefiero no decirlo

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD? *

- FISICA
- VISUAL
- AUDITIVA
- INTELECTUAL
- PSICOSOCIAL
- OTROS
- NINGUNA

Nombre de la jornada/Reunión *

SEGUIMIENTO MESA DE TRABAJO SIPROJ - ANALISIS MÓDULOS DE PAGOS - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO DISTRITAL DE SALUD 27-05-2022

Fecha de la jornada *

DD MM AAAA

27 / 05 / 2022

Medio a través del cual se ejecuto el servicio, jornada, capacitación o Reunión *

- Virtual
- Presencial

Por favor califique el desarrollo de la jornada / Reunión *

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Deficiente

Presenta alguna sugerencia o recomendación frente a la jornada realizada?

Tipo de Vinculación *

- Carrera Administrativa
- Libre nombramiento y remoción
- Planta Temporal
- Provisional
- Trabajador Oficial
- Contrato de prestación de servicios
- Ninguna o N/A

¿En la jornada, se asumió algún tipo de compromiso por parte de la entidad? En caso de ser así, por favor menciónelo

.....

Si su entidad no se encuentra en el listado por favor agregar aquí

.....

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.

Google Formularios

SEGUIMIENTO MESA DE TRABAJO SIPROJ - ANALISIS MÓDULOS DE PAGOS - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO DISTRITAL DE SALUD 27-05-2022

Listado de asistencia de personal que se encuentra invitado a esta reunion

Correo *

danielgomez@saludcapital.gov.co

Nombres y Apellidos *

Daniel Mauricio Gomez Garcia

No. de identificación *

80196944

Numero de contacto *



Nivel *

- DIRECTIVO
- ASESOR
- PROFESIONAL
- TECNICO
- ASISTENCIAL

Entidad a la que presta servicio

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



NIVEL ACADEMICO *

- Posgrado
- Pregrado
- Tecnologo
- Tecnico
- Bachiller

IDENTIDAD DE GENERO *

- Femenino
- Masculino
- Transgenero
- Prefiero no decirlo

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD? *

- FISICA
- VISUAL
- AUDITIVA
- INTELECTUAL
- PSICOSOCIAL
- OTROS
- NINGUNA

Nombre de la jornada/Reunión *

Mesa seguimiento siproj

Fecha de la jornada *

DD MM AAAA

27 / 05 / 2022

Medio a través del cual se ejecuto el servicio, jornada, capacitación o Reunión *

- Virtual
- Presencial

Por favor califique el desarrollo de la jornada / Reunión *

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Deficiente

Presenta alguna sugerencia o recomendación frente a la jornada realizada?

Tipo de Vinculación *

- Carrera Administrativa
- Libre nombramiento y remoción
- Planta Temporal
- Provisional
- Trabajador Oficial
- Contrato de prestación de servicios
- Ninguna o N/A

¿En la jornada, se asumió algún tipo de compromiso por parte de la entidad? En caso de ser así, por favor menciónelo

.....

Si su entidad no se encuentra en el listado por favor agregar aquí

.....

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.

Google Formularios

SEGUIMIENTO MESA DE TRABAJO SIPROJ - ANALISIS MÓDULOS DE PAGOS - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO DISTRITAL DE SALUD 27-05-2022

Listado de asistencia de personal que se encuentra invitado a esta reunion

Correo *

bmvargas@saludcapital.gov.co

Nombres y Apellidos *

BLANCA MYRIAM VARGAS SUNCE

No. de identificación *

51745979

Numero de contacto *

[REDACTED]

Nivel *

- DIRECTIVO
- ASESOR
- PROFESIONAL
- TECNICO
- ASISTENCIAL

Entidad a la que presta servicio

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



NIVEL ACADEMICO *

- Posgrado
- Pregrado
- Tecnologo
- Tecnico
- Bachiller

IDENTIDAD DE GENERO *

- Femenino
- Masculino
- Transgenero
- Prefiero no decirlo

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD? *

- FISICA
- VISUAL
- AUDITIVA
- INTELECTUAL
- PSICOSOCIAL
- OTROS
- NINGUNA

Nombre de la jornada/Reunión *

SEGUIMIENTO MESA DE TRABAJO SIRPOEJWEB

Fecha de la jornada *

DD MM AAAA

27 / 05 / 2022

Medio a través del cual se ejecuto el servicio, jornada, capacitación o Reunión *

- Virtual
- Presencial

Por favor califique el desarrollo de la jornada / Reunión *

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Deficiente

Presenta alguna sugerencia o recomendación frente a la jornada realizada?

Tipo de Vinculación *

- Carrera Administrativa
- Libre nombramiento y remoción
- Planta Temporal
- Provisional
- Trabajador Oficial
- Contrato de prestación de servicios
- Ninguna o N/A

¿En la jornada, se asumió algún tipo de compromiso por parte de la entidad? En caso de ser así, por favor menciónelo

REVISAR INFORMACION Y ENVIARLAS EL PROXIMO MIERCOLES

Si su entidad no se encuentra en el listado por favor agregar aquí

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.

Google Formularios

SEGUIMIENTO MESA DE TRABAJO SIPROJ - ANALISIS MÓDULOS DE PAGOS - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO DISTRITAL DE SALUD 27-05-2022

Listado de asistencia de personal que se encuentra invitado a esta reunion

Correo *

ntorresm@secretariajuridica.gov.co

Nombres y Apellidos *

NELCY TORRES M

No. de identificación *

40011063

Numero de contacto *



Nivel *

- DIRECTIVO
- ASESOR
- PROFESIONAL
- TECNICO
- ASISTENCIAL

Entidad a la que presta servicio

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



NIVEL ACADEMICO *

- Posgrado
- Pregrado
- Tecnologo
- Tecnico
- Bachiller

IDENTIDAD DE GENERO *

- Femenino
- Masculino
- Transgenero
- Prefiero no decirlo

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD? *

- FISICA
- VISUAL
- AUDITIVA
- INTELECTUAL
- PSICOSOCIAL
- OTROS
- NINGUNA

Nombre de la jornada/Reunión *

SEGUIMIENTO MESA DE TRABAJO SIPROJ - ANALISIS MÓDULOS DE PAGOS - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO DISTRITAL DE SALUD 27-05-2022

Fecha de la jornada *

DD MM AAAA

27 / 05 / 2022

Medio a través del cual se ejecuto el servicio, jornada, capacitación o Reunión *

- Virtual
- Presencial

Por favor califique el desarrollo de la jornada / Reunión *

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Deficiente

Presenta alguna sugerencia o recomendación frente a la jornada realizada?

Tipo de Vinculacion *

- Carrera Administrativa
- Libre nombramiento y remoción
- Planta Temporal
- Provisional
- Trabajador Oficial
- Contrato de prestación de servicios
- Ninguna o N/A

¿En la jornada, se asumió algún tipo de compromiso por parte de la entidad? En caso de ser así, por favor menciónelo

LA ENTIDAD NO HA DILIGENCIADO LA INFORMACION QUE SE REMITIO EN EL DIAGNOSTICO RELACIONADA CON LA FECHA DE EJECUTORIA Y ARGUMENTAN QUE NO HAN TENIDO E TIEMPO Y QUE NO ENCUENTRAN LA DOCUMENTACION. LOS FINANCIEROS LES FALTAN UNOS REGISTROS Y EL CAMBIO DE CONCEPTO DE PAGO, PERO TIENEN UN INCONVENIENTE, QUE AL MOMENTO DE GRABAR; NO LES PERMITE.

SE COMPROMETEN A REVISAR, COMPLEMENTAR Y ELABORAR UN DOCUMENTO CON EL RESULTADO FINAL Y ENVIARLO EL MIERCOLES 1° DE JUNIO

Si su entidad no se encuentra en el listado por favor agregar aquí

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.

Google Formularios

SEGUIMIENTO MESA DE TRABAJO SIPROJ - ANALISIS MÓDULOS DE PAGOS - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO DISTRITAL DE SALUD 27-05-2022

Listado de asistencia de personal que se encuentra invitado a esta reunion

Correo *

lecampos@saludcapital.gov.co

Nombres y Apellidos *

luis eduardo campos bernal

No. de identificación *

79462241

Numero de contacto *

[REDACTED]

Nivel *

- DIRECTIVO
- ASESOR
- PROFESIONAL
- TECNICO
- ASISTENCIAL

Entidad a la que presta servicio

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



NIVEL ACADEMICO *

- Posgrado
- Pregrado
- Tecnologo
- Tecnico
- Bachiller

IDENTIDAD DE GENERO *

- Femenino
- Masculino
- Transgenero
- Prefiero no decirlo

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD? *

- FISICA
- VISUAL
- AUDITIVA
- INTELECTUAL
- PSICOSOCIAL
- OTROS
- NINGUNA

Nombre de la jornada/Reunión *

seguimiento

Fecha de la jornada *

DD MM AAAA

27 / 05 / 2020

Medio a través del cual se ejecuto el servicio, jornada, capacitación o Reunión *

- Virtual
- Presencial

Por favor califique el desarrollo de la jornada / Reunión *

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Deficiente

Presenta alguna sugerencia o recomendación frente a la jornada realizada?

n/a

Tipo de Vinculación *

- Carrera Administrativa
- Libre nombramiento y remoción
- Planta Temporal
- Provisional
- Trabajador Oficial
- Contrato de prestación de servicios
- Ninguna o N/A

¿En la jornada, se asumió algún tipo de compromiso por parte de la entidad? En caso de ser así, por favor menciónelo

dar respuesta el proximo miercoles

Si su entidad no se encuentra en el listado por favor agregar aquí

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.

Google Formularios