

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YAMILE MORALES TIQUE											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				52.959.222				
CORREO ELECTRONICO:				YAMILEM674@GMAIL.COM				CELULAR:				3143612594			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								ASDINGCO							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				INVENTARIOS				SEDE:				SUR			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		R147	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO BOGOTA				TIPO DE CUENTA:				AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				205096308				PENSIONADO				No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4060				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				5			
NÚMERO DE CDP		1230		FECHA	23/07/2018		NÚMERO DE CRP	34972		FECHA	31/07/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					1	8	2018		31	8	2018				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.591.000											
TIPO DE SERVICIOS				Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%				NO			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

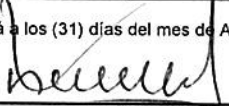
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$7.154.197
VALOR EJECUTADO	\$7.154.197
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.591.000
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

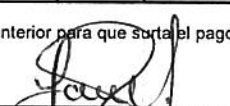
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

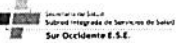
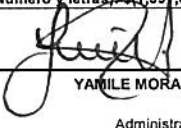
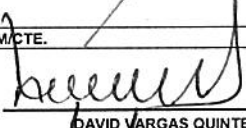
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
357570541	\$781.242,00	\$97.655	\$124.999	3	\$19.031	\$241.685

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Agosto del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


DAVID VARGAS QUINTERO
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO


YAMILE MORALES TIQUE
 Cc: 52,959,222
 Técnico administrativo I

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 03/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	
Ubicación del Servicio:		INVENTARIOS		Sede: ASDINCOG	
No. DE CONTRATO:	4060	Periodo certificado desde el	Día: 1 / Mes: 8 / Año: 2.018	Día: 31 / Mes: 8 / Año: 2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YAMILE MORALES TIQUE		C. C.	52.959.222	DE BOGOTA
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI <u>X</u> NO ____					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS		
1. Implementar y actualizar el sistema de clasificación y codificación de los productos.	SI	Se implemento y actualizo el sistema de clasificación y codificación de los productos.	Actualización de sistemas		
2. Recepción de facturas, comparándolas contra las remisiones entregadas por los líderes de las bodegas	SI	Se recibieron facturas, comparadas contra las remisiones entregadas por los líderes de las bodegas	Se entregan facturas debidamente codificadas.		
3. Ingreso y digitación de facturas para alimentación del módulo de inventarios	SI	Se ingreso y digito facturas para alimentación del módulo de inventarios	Se entregan entradas de facturas.		
4. Digitación y elaboración de traslados a todos los almacenes, farmacias y demás bodegas	SI	Se digito y elaboro traslados a todos los almacenes, farmacias y demás bodegas	Se entregan impresiones de traslado por movimientos.		
5. Incorporar las facturas a cuadros de control de los contratos que ingresan a los almacenes.	SI	Se incorporaron las facturas a cuadros de control de los contratos que ingresan a los almacenes.	Se entrega Base de control		
6. Apoyar la depuración, consolidación y cruce de los inventarios levantados en las Unidades de la Subred Suroccidente en el Sistema.	SI	Se apoyo la depuración, consolidación y cruce de los inventarios levantados en las Unidades de la Subred Suroccidente en el Sistema.	Se entregan bases actualizadas, que se encuentran en la Publica.		
7. Realizar la conciliación de cantidades entre sistemas de información actuales y apoyar los conteos selectivos de inventarios mensuales.	SI	Se realizo la conciliación de cantidades entre sistemas de información actuales y se apoyo los conteos selectivos de inventarios mensuales.	Se entrega conciliación del mes actual para movimientos del siguiente mes.		
8. Apoyar el cierre contable mensual y su conciliación contable.	SI	Se apoyo el cierre contable mensual y su conciliación contable.	Se entrega conciliación para movimientos con cuentas contables de los meses correspondientes.		
9. Apoyar en la presentación de los informes de inventarios de almacén y farmacias para cierres mensuales de vigencia de las diferentes unidades de la Sub red y proyectar los ajustes a que haya lugar para cierre de cuenta a Comité de Inventarios.	SI	Se apoyo la presentación de los informes de inventarios de almacén y farmacias para cierres mensuales de vigencia de las diferentes unidades de la Sub red, para proyectar los ajustes para cierre de cuenta a Comité de Inventarios.	Se realizan ajustes de movimientos según soporte.		
10. Coadyuvar al cumplimiento de la gestión institucional, mediante el cumplimiento de las metas contractuales establecidos en los procesos del área.	SI	Se promocio el cumplimiento de la gestión institucional, mediante el cumplimiento de las metas contractuales establecidos en los procesos del área.	Se entregaron movimientos y entradas correspondientes al proceso interno.		
11. Promover el cuidado y custodia del patrimonio Institucional.	SI	Se promocio el cuidado y custodia del patrimonio Institucional.	Se hace buen uso de los elementos y activos que se encuentran		
12. Desarrollar de manera activa el plan de manejo de gestión Documental.	SI	Se desarrollar de manera activa el plan de manejo de gestión Documental.	Los documentos entregados se encuentran archivados en la oficina del almacen en las respectivas AZ.		
13. Las demás que sean asignadas y que sean inherentes a las actividades.	NO	N/A	N/A		
OBSERVACIONES: SE ADJUNTA DOS (02) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ (1.591.000) MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y UNO PESOS M/CTE.					
CC: 52959222  YAMILE MORALES TIQUE Administrativo I		 DAVID VARGAS QUINTERO 31/08/2018 PROFESIONAL ESPECIALIZADO			

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORATOTAL A BORDO DEL REGIONO A GENSIONE SOB ADMINISTRADORATOTAL MONITOR DEL DESIGNO A DIFFERENZE LANCIALETOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACIONTOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

NÚMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE USUARIOS	VALOR TOTAL
PENSIONES	125,000	125,000
SALUD	97,700	97,700
RIESGOS LABORALES	19,100	19,100
CGF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	241,800	241,800

Este documento está clasificado como **PRIVADO** por parte de Compensar Operador de Información



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ago-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MORALES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TIQUE	NOMBRES YAMILE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52959222	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 26 MES MAR AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Tolima CIUDAD Natagaima		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 27 g 71 d 28 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7901912 EMAIL yamilem674@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 BÁSICA											TÍTULO		bachiller comercial			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2002	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X	INGENIERO INDUSTRIAL	11 2016	25228-358343
ES	2	X	ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	6 2018	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ago-2018

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
subred integrada de servicios de salud sur occidente	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3008301440	DÍA 13 MES 4 AÑO 2018		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Tecnico administrativo I	Almacen - Inventario	calle 9 a n 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
IQ OUTSOURCING		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5931990 EXT 1131	DÍA 17 MES 11 AÑO 2017		DÍA 20 MES 4 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
COLFONDOS	ADMINISTRATIVO	carrera 13 a n 29 -24	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
EPSIFARMA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5556660 EXT 2016	DÍA 16 MES 6 AÑO 2009		DÍA 20 MES 1 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Cuentas por pagar	Financiero	Autopista medellin 9.6	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 22-ago-2018

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 Saludcoop	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3004352012	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 6 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 6 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO Administrativo	DEPENDENCIA Financiero	DIRECCIÓN c/l 73 12 - 02	

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
PUBLICO	0	4
PRIVADO	8	12
PARTICULAR	0	9
TOTAL	10	2

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 22-ago-2018

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, YAMILE MORALES TIQUE

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52959222 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección carrera 27 g 71 d 28

Teléfonos 3143612594 7901912

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
luis enrique morales pinto	5964827	PADRE
maria celia tique	28852628	MADRE
dairo morales tique	1013602990	HERMANO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 1.591.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 100.000,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 200.000,00
TOTAL	\$ 1.891.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
--------------------	----------------	---------------------	-------------------	--------------------

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



Última Actualización: 22-ago-2018

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ago-2018

CIUDAD Y FECHA