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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA MILENA MARTINEZ PEÑA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53131061						
CORREO ELECTRONICO:	SANDRAMILENA28@GMAIL.COM				CELULAR	3202209752						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						KE 10						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Kennedy				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	103	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	60306214					PENSIONADO	No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4831-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3			
NÚMERO DE CDP1/15*16/31	1433	FECHA	30-ago-18	NÚMERO DE CRP	39854	FECHA	31/08/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	9	2018		30	9	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.447.920								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			$0				
OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 180									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.638.170
VALOR EJECUTADO	$4.589.906
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.447.920
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$48.264
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 minimo legal vigente

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los ( ) dias del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

Sandra Martinez

GLORIA MUÑOZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANDRA MILENA MARTINEZ PEÑA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

OK

Scanned by CamScanner

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud
Resultados de la consulta Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53131061
NOMBRES	SANDRA MILENA
APELLIDOS	MARTINEZ PEÑA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL S.A.	CONTRIBUTIVO	25/09/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de09/11/2018Estación de186.85.204.129
Impresión:18:36:08origen:

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Sandra Milena Martinez P.
Aux. Enfermeria
C.C. 53 131 061
Sandra Martinez

Scanned by CamScanner

SaludTotal EPS

Bogotá, Septiembre 13 de 2018

Señora:
MARTINEZ PEÑA SANDRA MILENA
CC. 53131061 CL 72 1 77ESTE - 4676970
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 25 de 2009. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RIVERA MARTINEZ MIGUEL ANGEL	1022938617	T	Dic-16-2005	346	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
RIVERA MARTINEZ KAROLAYN MILENA	1140924155	R	Oct-26-2011	247	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MARTINEZ PEÑA SANDRA MILENA	53131061	C	Sep-25-2009	341	0	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
RIVERA CRUZ JOSE LUIS	80879737	C	Ene-15-2004	351	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CLINICA MEDICAL S A S	53131061	Dependiente	CERRADO
SANDRA MILENA MARTINEZ PEÑA	53131061	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación SALUD TOTAL EPS S.A.

Sandra Milena Martínez P.
Aux. Enfermería
C.C. 53 131 061

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Sandra Martinez

Scanned by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ PEÑA SANDRA MILENA** identificado(a) con **CC** número **53.131.061** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de agosto de 2016 y sus recursos se encuentran en el FONDO DE **PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de septiembre de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

Sandra Milena Martínez P.
Aux. Enfermería
C.C. 53.131.061

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

20180913105[illegible]

sandra Martinez

Scanned by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 14 de septiembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que SANDRA MILENA MARTINEZ PEÑA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53131061 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 28/06/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C531310611825758637

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Sandra Milena Martínez P.
Aux. Enfermería
C.C. 53.131.061

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/09/2018 4:17 PM

sandra Martinez

Dirección IP 181.63.29.95, 172.16.42.236

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 11-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MARTINEZ	PEÑA	SANDRA MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53131061

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 15 MES NOV AÑO 1985

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: calle 67c sur # 1b- 23 este T -16 APT- 603

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 4676970

EMAIL: sandramilema28@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°. X	MES: NOVIEMBRE AÑO: 2004

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	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	7	2010	53131061

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 ESE	X		Colombia

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 11-sep-2018

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
7560505	DIA 28 MES 6 AÑO 2018	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALA DE PARTOS	CALLE 9 39-46

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA MEDICAL SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
7442565	DIA 10 MES 8 AÑO 2016	DIA 24 MES 5 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
AUXILIAR DE ENFERMERIA	HOSPITALIZACION	CALLE 36 SUR# 77-33

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	2
PRIVADO	1	9
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	11

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 INCOPATIBILIDAD 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).

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 11-sep-2018

OK

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Sandra Martinez

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

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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.

SIDEAP

Última Actualización: 11-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SANDRA MILENA MARTINEZ PEÑA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 53131061 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección calle 67c sur # 1b- 23 este T -16 APT- 603 **Teléfonos** 3202209752 4676970

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MIGUEL ANGEL RIVERA MARTINEZ	1022938617	HIJO(A)
KAROLAYN MILENA RIVERA MARTINEZ	1140924155	HIJO(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	$ 1.494.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 1.494.000,00

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
BANCO BOGOTA	AHORROS	060306214	KENNEDY	$ 0,00

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
HIJOS	MANUTENCION	$ 1.100.000,00

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

SIDEAP

Última Actualización: 11-sep-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 acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

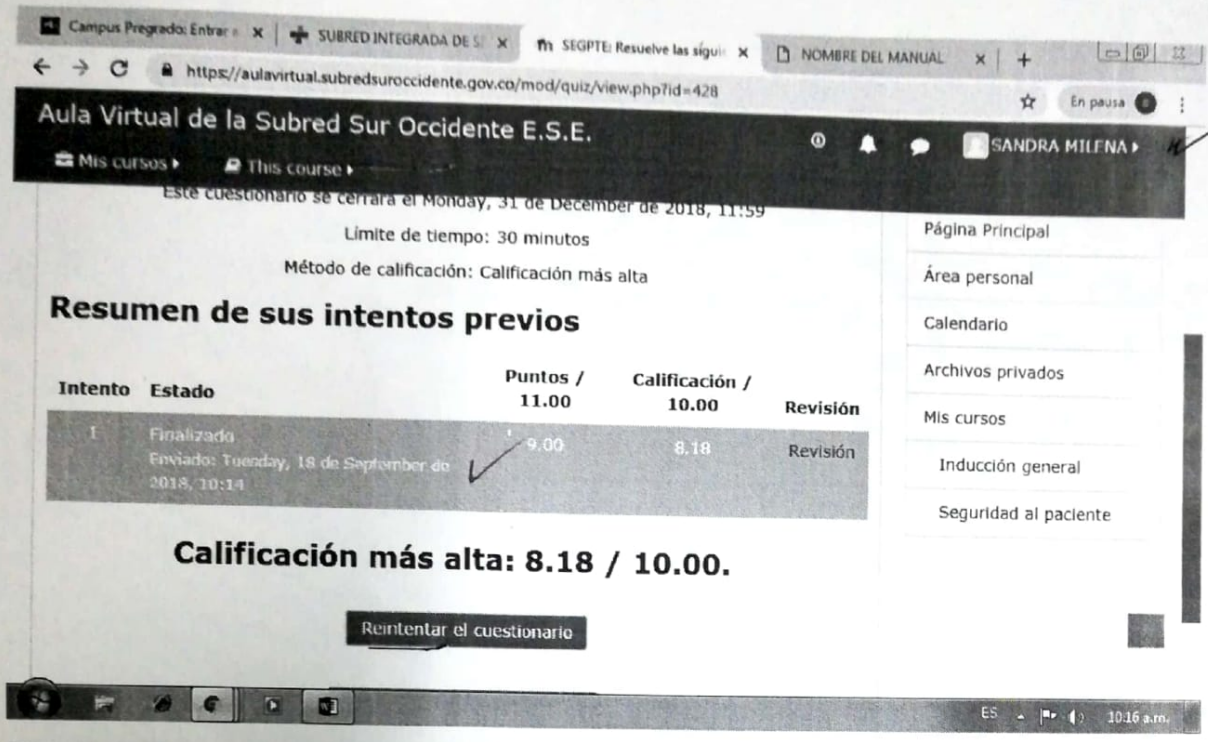
Sandra Martinez

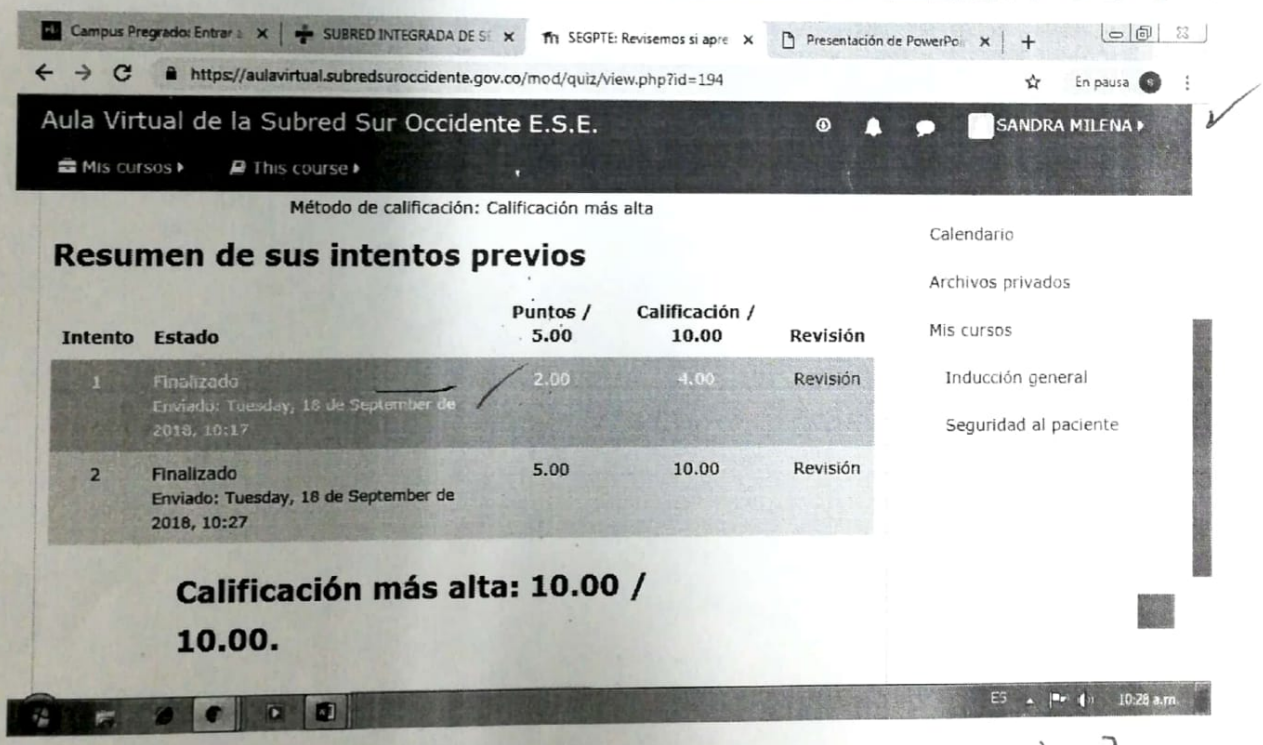
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 11-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner





Sandra Martinez.

Scanned by CamScanner

[redacted]	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código	04-02 FO-0003

Ubicación del Servicio:	sala de partos		Sede: KENNEDY							
No. DE CONTRATO:	4831 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	9	2.018		30	9	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	sandra milena martinez peña		C. C.	53.131.061		DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ACTIVIDADES BÁSICAS: 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades .2 Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento .3 Ejecutar con criterio actividades según tratamiento medico y de enfermeria, planeando y ejecutando cuidados de enfermeria segun necesidades y prioridades del paciente .4 Realizar procedimientos basicos teniendo en cuenta la técnica adecuada .5 Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma .6 Preparar al paciente, colaborar en los examenes de diagnóstico y tratamientos especiales .7 Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados .8 Realizar cálculo y control de liquidos administrados y eliminados .9 Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados .10 Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades	100%	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2-Realizar procedimiento basicos de enfermeria a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para examenes especiales y/o medios diagnosticos 4-Asistir al paciente en sus actividades basicas	1-Anecdotario 2-Bitacora de procedimientos 3-Bitacora de procedimientos 4-Bitacora de procedimientos
[illegible] información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida .15. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades	100%	1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronologicamente	1-Lista de verificacion
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes	100%	1-Realizar recibo y entrega de turno	1- Libro de recibo y entrega de turno con asignacion diaria
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo .18 Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia .19 Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el area de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización .20. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo .21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes	100%	1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio	1-Bitacora y/o lista de verificacion
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD. 22. Aplicar los principios de técnica aséptica .23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos .24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del area de mantenimiento	100%	1-Usa los elementos de proteccion personal 2-Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente	1-Anecdotario 2-Lista de verificacion aseo y desinfeccion
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION. 25. Vigilar e informar faltantes del inventario .26 Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales .27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales .28. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio, según los parámetros de la institución.29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. .30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo .31 Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.	100%	1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato 2-Custodia historias clinicas de pacientes asignados	1-Libro de inventario 2-Registro del traslado de historias clinicas de la unidad
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución .32. Participar enel diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización.	100%	1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK	1-Formato de asistencia de capacitacion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1447920(MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS MCT.)

Sandra Martinez

NOMBRE DEL CONTRATISTA: _____

Fecha: _____

GLORIA MUÑOZ _____

No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

OK

Scanned by CamScanner

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA MILENA MARTINEZ PEÑA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53131061						
CORREO ELECTRONICO:	SANDRAMILENA28@GMAIL.COM				CELULAR:	3202209752						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						KE 10						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Kennedy				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo:	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	103	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	60306214						PENSIONADO	No				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4831-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3				
NÚMERO DE CDP1/15*16/31	1433	FECHA	30-ago-18	NÚMERO DE CRP	39854	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2018		30	9	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.447.920									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							
OBSERVACIONES:HORAS LABORADAS 180										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.638.170
VALOR EJECUTADO	$4.589.906
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.447.920
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$48.264
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

GLORIA MUÑOZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Sandra Martinez.
SANDRA MILENA MARTINEZ PEÑA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

OK
DW2

Scanned by CamScanner

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión:	1		
Fecha de aprobación:	13/02/2018		
Código:	44-03-FO-0004		

Dependencia del Servicio: sala de partos

No. DE CONTRATO: 4831 2018 — Periodo certificado desde el: Día 1 Mes 9 Año 2.018 — # — Día 30 Mes 9 Año 2.018

Sede: KENNEDY

NOMBRE DEL CONTRATISTA: sandra milena martinez peña — C. C. 53.131.061 DE BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI __ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ACTIVIDADES BÁSICAS: 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades. -2 Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento. -3 Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente. -4 Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada. -5 Arreglar la unidad manteniendo el orden y aseo de la misma. -6 Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales. -7 Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados. -8 Realizar cálculo y control de líquidos administrados y eliminados. -9. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. -10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	100%	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2-Realizar procedimiento basicos de enfermeria a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para examenes especiales y/o medios diagnosticos 4-Asistir al paciente en sus actividades basicas	1-Anecdotario 2-Bitacora de procedimientos 3-Bitacora de procedimientos 4-Bitacora de procedimientos
documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. 15. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades.	100%	1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronologicamente	1-Lista de verificacion
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes.	100%	1-Realizar recibo y entrega de turno	1- Libro de recibo y entrega de turno con asignacion diaria
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo. -18 Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia. -19 Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización. -20. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo. -21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	100%	1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio	1-Bitacora y/o lista de verificacion
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: 22. Aplicar los principios de técnica aséptica. -23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos. -24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	100%	1-Usa los elementos de proteccion personal 2-Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente	1-Anecdotario 2-Lista de verificacion aseo y desinfeccion
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION: 25. Vigilar e informar faltantes del inventario. -26 Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales. -27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. -28. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución. 29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. -30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo. -31 Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.	100%	1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato 2-Custodia historias clinicas de pacientes asignados	1-Libro de inventario 2-Registro del traslado de historias clinicas de la unidad
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar en el diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización.	100%	1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK	1-Formato de asistencia de capacitacion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1447920(MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS MCT.)

Sandra Martinez — NOMBRE DEL CONTRATISTA

Fecha: — GLORIA MUÑOZ

OK

No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

Scanned by CamScanner