

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE
PAGO POR TESORERÍA

Versión
Fecha de
aprobación
Código

3
1502/2018
04.62.FG.0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				MARISOL LEAL ESPITIA															
TIPO DE DOCUMENTO				C C	X	C E		NO		53894275									
CORREO ELECTRONICO:				MARISOLEAL0318@HOTMAIL.COM				CELULAR		3124545253									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				URGENCIAS				SEDE:		Kennedy									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		B02	100																
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:		Ahorros											
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24079701545				PENSIONADO		No									
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3375 DEL 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				8 DE 8							
NUMERO DE CDP		1433		FECHA		30/08/2018		NUMERO DE CRP		38908		FECHA		31/08/2018					
OBJETO DEL CONTRATO:				AUXILIAR DE ENFERMERÍA															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		9		2018				30		9		2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.525.000															
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0											
OBSERVACIONES:																			
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO										VALORES									
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$13.068.450									
VALOR EJECUTADO										\$13.017.600									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$1.525.000									
VALOR A LIBERAR										\$0									
SALDO POR EJECUTAR										\$50.850									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										0%									
El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:																			
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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						3				\$0							

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

DIANA MARITZA BELTRÁN BEJARANO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARISOL LEAL ESPITIA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA				MARISOL LEAL ESPITIA							
TIPO DE DOCUMENTO				C.C.		X		C.E.		NO	
CORREO ELECTRONICO				MARISOLEAL03118@HOTMAIL.COM							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD				CELULAR							
UBICACIÓN DEL SERVICIO				MEBO							
CENTRO DE COSTOS				Centro de costo		N		Centro de costo		N	
ENTIDAD FINANCIERA				B02		100		Centro de costo		N	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				BANCO CAJA SOCIAL		TIPO DE CUENTA		Alfonso			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24078701545		PENSIÓNADO		NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA				3374 DEL 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 8			
NUMERO DE CDP				1433		FECHA		30/09/2018		FECHA	
OBJETO DEL CONTRATO				AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO				DESDE		DIA		MES		AÑO	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				1		9		2018		30	
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		\$1.525.000			
OBSERVACIONES:											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO				VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES				\$13.068.450							
VALOR EJECUTADO				\$13.017.800							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA				\$1.525.000							
VALOR A LIBERAR				\$0							
SALDO POR EJECUTAR				\$50.850							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN				0%							
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 a \$1.953.106, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.											
Número de Planilla		IBC DE COTIZACIÓN		APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16% IBC		NIVEL ARL		APORTE ARL	
		\$781.242						3		TOTAL APOORTE:	
										\$0	
Dado en Bogotá a los () días del mes de Junio del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
DIANA MARITZA BELTRÁN BEJARANO PROFESIONAL ESPECIALIZADO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:				MARISOL LEAL ESPITIA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA							

	3	15/02/2018	04.02 F.O. 0002
Secretaría de Salud	Versión	Fecha de aprobación	Código
Unidad Integrada de Servicios de Salud	CERTEFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		
Sur Occidente L.S.E.			

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
MARISOL LEAL ESPITIA			
NOMBRE DEL CONTRATISTA	C.C	X	CE
TIPO DE DOCUMENTO:	NO.		
CORREO ELECTRONICO:	CELULAR		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KEYO		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SEDE:		
CENTRO DE COSTOS:	Kennedy		
ENTIDAD FINANCIERA:	Ahorros		
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA:	PENSIONADO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
Nº DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 8	
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3375 DEL 2018	NÚMERO DE CRP	39808
NÚMERO DE CDP	1433	FECHA	30/08/2018
FECHA	30/08/2018	FECHA	31/08/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERÍA		
PERIODO CERTIFICADO:	RESERVA DE GLOSA 2%		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$1.525.000		
TIPO DE SERVICIOS:	Asistencial		

OBSERVACIONES:			
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO			
CONCEPTO	VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$13.068.450		
VALOR EJECUTADO	\$13.017.600		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.525.000		
VALOR A LIBERAR	\$0		
SALDO POR EJECUTAR	\$50.850		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	0%		

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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	\$781.242			3		\$0

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

	
DIANA MANTZA BELTRÁN BEJARANO	MARISOL LEAL ESPITIA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:	

ACTIVIDADES



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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Calle 100 No. 100-100

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	3375 De 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2018		30	9	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARISOL LEAL ESPITIA		C. C.	53 694 275			DE	SOACHA	

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 ☒ 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, mantener el orden y aseo de la misma - 6. Preparar al paciente en la colaboración 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 contratados y respondiendo 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 básicos de enfermería a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnósticos. 4-Asistir al paciente en sus actividades básicas.	1-Anecdotario. 2-Bitácora de procedimientos. 3-Bitácora de procedimientos. 4-Bitácora de procedimientos.
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 11. Efectuar oportuna y claramente, registros de todos los cuidados de enfermería - 12. Registrar en Notas de Enfermería, el estado clínico del paciente y actividades realizadas. 13. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, escribiendo en las Notas de Enfermería su nombre claro y manteniendo identificadas las Historias Clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su nombre y sello - 14. Custodiar y cuidar la 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 cronológicamente.	1-Lista de verificación.
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 asignación diaria.
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACIÓN 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-Bitácora y/o lista de verificación.
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 protección personal. 2-Realiza aseo y desinfección de camas, camillas e inmobiliario de paciente.	1-Anecdotario. 2-Lista de verificación aseo y desinfección.
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FÍSICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACIÓN: 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 mismo 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 clínicas de pacientes asignados.	1-Libro de inventario. 2-Registro del traslado de historias clínicas de la unidad.
CAPACITACIÓN, EDUCACIÓN CLÍNICA E INVESTIGACIÓN 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 capacitación.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1525000

(UN MILLON QUINIENTOS VENTICINCOMILPESOS MCT.)

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA MARITZA BELTRÁN BEJARANO

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



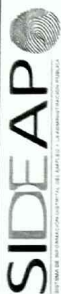
FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 20-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LEAL	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ESPITIA	NOMBRES MARISOL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53894275		SEXO F ☒ M ☐
LIBRETA MILITAR		NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NUMERO <input type="text"/> D.M. <input type="text"/>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		
FECHA DIA 27 MES JUN AÑO 1985	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA cra 87 N° 58c-80 sur	
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia	DEPTO Bogotá D.C.
DEPTO Bogotá D.C.	CIUDAD Bogotá D.C.	TELEFONO 0
CIUDAD Bogotá D.C.	EMAIL marisoleal0318@hotmail.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 ACADÉMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA					FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	MES	AÑO
									☒	DICIEMBRE	2010

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		TEMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL	
			O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO		
TC	3	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA		6	2012	53894275	



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 E. S. S.



Última Actualización: 20-sep-2018

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

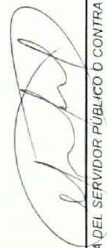
5

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

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 20-sep-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Medellín, 20 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que MARISOL LEAL ESPITIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53894275 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 03/01/2018

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS 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 SEVICIOS 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 SEVICIOS 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.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C538942751826337944

Atentamente,



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:

20/09/2018 10.32 AM



SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARISOL LEAL ESPITIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **53.894.275**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes



EPS'S CONVIDA

899.999.107-9

BOGOTA D.C.

Carrera 58 # 9-97 Puente Aranda

PBX 426 9500 * FAX: Ext. 1121

**La Subgerencia Comercial de la Entidad Administradora del Regimen Subsidiado
EPS'S CONVIDA**

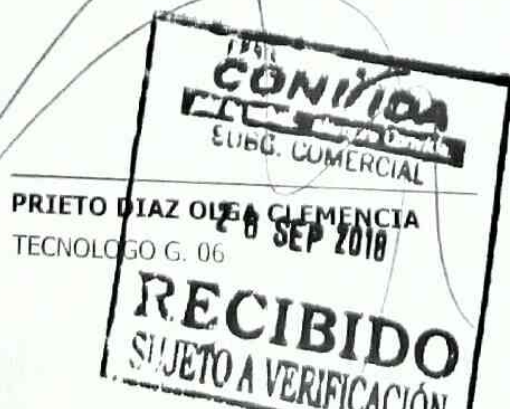
CERTIFICA

Que revisado el sistema de Información de la EPS'S CONVIDA, que el afiliado relacionado a continuación se encuentra en la EPS con los siguientes datos:

Documento:	CC	53894275	
Apellidos	LEAL	ESPITIA	
Nombres:	MARISOL		
Fecha Nacimiento:	27/06/1985		
Municipio:	SOACHA		
Fecha Afiliación:	19/09/2017		
IPS Primaria:	EMPRESA DE SALUD ESE DE SOACHA-SOACHA		
Regimen:	CONTRIBUTIVO		
Estado:	ACTIVO		
Cotizante	53894275	LEAL ESPITIA MARISOL	
Tipo Contributivo:	COTIZANTE		Categoría: Nivel A
Tipo Cotizante:	INDEPENDIENTE		
Fecha Vinculación:	02/01/2018		

NOTA: Válida únicamente para demostrar AFILIACION.

Dada en Bogotá D.C. hoy, 26/09/2018 08:46





FORMATO UNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

(Leyes 150 de 1995, 439 y 443 de 1998)

Ministerio de Salud

Subsistema Integrado de Servicios de Salud S.I.S.S.

SIDEAPO
Sistema Integrado de Servicios de Salud

Última Actualización: 20-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO (O DE CASADA) LEA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) EPTUA	NOMBRES MARISOL	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No 53894275		SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR			
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			
FECHA	DIA 27 MES JUN AÑO 1985	DIRECCION DE CORRESPONDENCIA cra 87 i n° 58c 80 sur	
PAIS	Colombia	PAIS	Colombia
DEPTO	Bogotá D.C.	DEPTO	Bogotá D.C.
CUIDAD	Bogotá D.C.	CUIDAD	Bogotá D.C.
EMAIL marisoleal0318@hotmail.com			

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 8o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO		BACHILLER ACADÉMICO		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2010

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)
EB (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRIA O MAGISTER) DC (DOCTORADO O PHD)
RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACION	No. DE TARJETA	
ACADEMICA	APROBADOS	SI	NO	MES	AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X				
			AUXILIAR DE ENFERMERIA	6	2012	53894275



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 E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 20-sep-2018

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

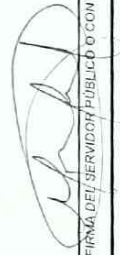
5

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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. 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

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.



ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 20-sep-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

Ministerio de Salud - Colombia

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD REGISTRADORA

Sistema Integrado de Servicios de Salud
del Departamento de Cundinamarca

SIDEAPO

Última Actualización: 20-sep-2018

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:

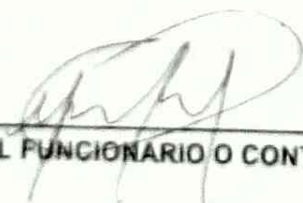
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

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. 20-sep-2018

CIUDAD Y FECHA