Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUN

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-07-01	**Hasta:**	2022-07-31	
Nombre del Contratista:	LIZETH PAOLA RODRIGUEZ ADRADA		**Número de Documento:**	1024531625	
Correo Electrónico:	adradalizeth@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3212015799	
Nombre del Supervisor:	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ	**Cargo:**	MÉDICO GENERAL	**Código - Grado:**	211-11

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1649-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	426
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	180	0	34577	$6223860	75%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6223860**	**SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS SESENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-04-01	2022-07-31	1	$ 8505942	1074
2	2022-07-01	2022-09-30	2	$ 13485030	1954
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		FEBRERO		$ 5808936	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 6431322
3	ABRIL	$ 6431322
4	MAYO	$ 6638784
5	JUNIO	$ 6223860

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 24895440	$ 46886412	$ 31534224	$ 15352188

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil (médico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	---Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica.	---Historias Clínicas, Auditorías Concurrentes
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	--Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica	--Historias Clínicas, Auditorías Concurrentes
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	--Diligenciar historia clínica de acurdo a la normatividad vigente.	--Historia clínica Auditorias Concurrentes.
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadisticas vitales, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--Diligenciar correcta y oportunamente la información que exija el sistema de información de la subred.	--Auditorias, inconformidades relacionadas con el diligenciamiento inadecuado y fuera de las fechas solicitadas.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	--Ejecutar los procedimientos médicos y quirúrgicos a que haya lugar de una manera pertinente, con oportunidad dentro del marco del cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el manual de bioseguridad	--Historia clinica y Auditorias Concurrentes.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	--Cumplir las actividades médicas en los horarios que la institución tiene definidos para la prestación del servicio.	--Recibo y entregas de Turno ,Registros en historia clinica Auditorias Recurrentes
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	--Diligenciar y hacer entregar al paciente y/oa su acompañante todos los documentos que se requieren al egreso de los asignados a su cuidado (formulas médicas, recomendaciones médicas, signos de alarma, solicitud de apoyo diagnóstico para toma ambulatoria, solicitud de control médicos , incapacidades, etc.). diligenciar todos los formularios implementados por la nación, ente territorial y la IPS que tienen como fin el seguimiento estadístico.	--Historia clinica, formato de notificacion de interes publico, lesiones de causa externa
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	--informar al paciente y al usuario autoridad y cuando se requiera a la competencia sobre la ruta de atención al servicio, así como la evolución del estado de salud a los pacientes y familiares asignados a su cuidado.	--Historia clínica Auditorias Concurrentes.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica.	--Historias Clínicas, Auditorías Concurrentes

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 6223860
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	60235634		
2022	JUNIO	2022	07	11			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS SESENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2489544	$ 398327	$ 398400
Salud		COMPENSAR		$ 311193	$ 311300
ARL	3	SURA		$ 60645	$ 60700
Caja de Compensación	NO		Total	$ 722515	$ 770400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550462300069608

Jorge Jonathan Bautista Hernández
C.C. 80.791.644
Especialista - Referente de Urgencias
SUBRED SUR

LIZETH PAOLA RODRIGUEZ ADRADA
1024531625

JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ
MÉDICO GENERAL

© Siasur - 2022

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024531825	LICETH PAOLA RODRIGUEZ ADRADA	DIAGONAL 57 Z N. 75 - 14 SUR	3212515793	adradaliz[illegible]@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	I	11/07/2022	60235634	$758.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades No. Autorización	Incapacidades Valor	Licencia Maternidad No. Autorización	Licencia Maternidad Valor	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	306.300	0		0		0	0	0	0	306.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	332.000	0	0	0	0	0	0		332.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Incapacidades Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-18	ARL SURA	[illegible]	59.730				59.730	0	0	59.730			537	59.730	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de TOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	306.300	306.300
Pensión	1	332.000	332.000
Riesgos Laborales	1	59.730	59.730
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	758.300	758.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024531825	LICETH PAOLA RODRIGUEZ ADRADA	DIAGONAL 57 Z N. 75 - 14 SUR	3212515793	adradaliz[illegible]@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	I	11/07/2022	60235634	$758.300	

DETALLE POR COTIZANTE

No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Información cotizante / Información novedades	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo solidaridad	Fondo subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Tarifa	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	[illegible]	RODRIGUEZ ADRADA LICETH PAOLA	[illegible]	230301	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	EPS008	[illegible]	[illegible]	14-18	[illegible]	[illegible]	[illegible]		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024551525	LIZETH PAOLA RODRIGUEZ ARACA	DIAGONAL 87 2 N. 73 - 14 SUR	3212515793	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DMA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DMA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
93239534	11/07/2022				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-06	2022-06	N	25/07/2022	95538160	TOTAL A PAGAR	
					$12.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	5.000	0		0		0	0	0	0	5.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23301	Porvenir	800144067-3	6.400	0	0	0	0	0	0		6.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Mora Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Planilla Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800251440-6	9.000				0	0	0	9.000			10	9.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, ILA, INP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	5.000	5.000
Pensión	1	6.400	6.400
Riesgos Laborales	1	1.000	1.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	12.400	12.400

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024551525	LIZETH PAOLA RODRIGUEZ ARACA	DIAGONAL 87 2 N. 73 - 14 SUR	3212515793	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA

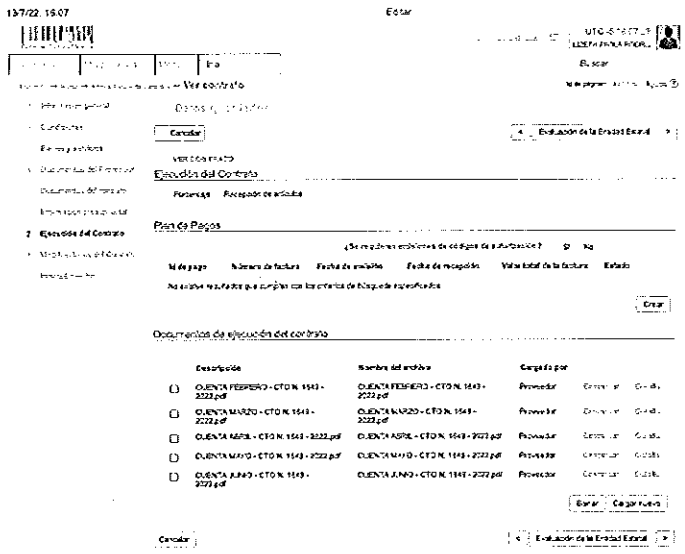
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DMA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DMA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
93239534	11/07/2022				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-06	2022-06	N	25/07/2022	95538160	TOTAL A PAGAR	
					$12.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN AFILIADOS		PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	[illegible]		Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Valores a Retener	Valores a Aportar	Fondo de solidaridad de pensiones	Fondo de subsistencia de pensiones	Cód. EPS	IBC EPS	Días EPS / UPC ADICIONAL	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Cuenta ECE	Aporte ECE	Aporte ICBF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	[illegible]	RODRIGUEZ ARACA LIZETH PAOLA	28	0	23001	2.400.000	288.000	0	0	0	0	EPS008	2.400.000	31/30	14-11	2.400.000	9.000		0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/TenderingSubContractEdit/View?docUniquelden tifier=CO1.SLCNTR.8234512 1/1

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 S.A.E.S.E.

Sideap

1 DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LIZETH PAOLA RODRIGUEZ ADRADA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊙ C.E. ○ T.I. ○ No. 1024531625 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

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

Dirección Diagonal 57 z 75 14 Teléfonos 3212015799 7760214

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
nancy asoorio adrada david	1024531625	Madre
rodrigo rodriguez solarte	19373351	Padre

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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 97.714.960,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 97.714.960,00

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 Davivienda	Cuenta de ahorros	482900069803	bogota	$ 1.500.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehículo	IFK476	$ 23.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	DEUDA MENSUAL PRESTAMO	$ 785.000,00
DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	$ 3.000.000,00

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ESPACIO RESERVADO

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

Sideap

Última Actualización: 24/JUN/2022

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 ha venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

BOGOTÁ D.C. 24-Jul-2022

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA — CIUDAD Y FECHA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap

Última Actualización: 24/JUN/2022

Fecha Validación: 24/JUN/22

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RODRIGUEZ	ADRADA	LIZETH PAOLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC ⓧ CE ○ PAS ○ No. 1024531625 — SEXO: F ⓧ M ○ — NACIONALIDAD: COL ⓧ EXTRANJERO ○

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M. _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: FECHA DIA 1 MES XX AÑO 1992 — PAÍS Colombia — DEPTO Valle del Cauca — CIUDAD Cali

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Diagonal 57 a 73 14 — PAÍS Colombia — DEPTO Bogotá D.C. — CIUDAD Bogotá D.C. — TELEFONO 7783214 — EMAIL adradalizeth@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10 A 13 DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6 A 9 DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TITULO: Bachiller académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10° 11°	MES DICIEMBRE AÑO 2007

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) MS (MAESTRIA O MAGISTER) DC (DOCTORADO O PhD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	12	X		MEDICINA	11	2015	1024531625

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO.

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

sideap

Última Actualización 24 julio de 2012
Fecha Validación 24 julio de 2012

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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
Clínica del Occidente			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		Sridentifica@clinicadeloccidente.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
4254429	DÍA 13 MES 6 AÑO 2023		DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Medico Urgencias	Urgencias		Av las americas 71 c-29	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud S.A.E.S.E.		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		www.subredsi.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
7320000	DÍA 11 MES 9 AÑO 2017		DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Medico	Urgencias		Carrera 20 # 47B -55 s.e	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaria Distrital De Salud		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá	Bogotá		asistencialprovisionales@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
7305150	DÍA 3 MES 3 AÑO 2016		DÍA 3 MES 3 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Medico Rural	Urgencias, hospitalizacion y consulta externa		Carrera 3 N. 7-51	

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

sideap

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
Privada	2	1
Pública	5	10
Total	5	10

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).

Bogotá D.C. - 24-jul-2022
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.

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

BOGOTÁ

Sideap 1.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	LIZETH PAOLA RODRIGUEZ ADRADA
Identificación:	1024531625
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	adradalizeth@hotmail.com
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	24/07/22 0:00

El servidor Público o colaborador, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones, potenciales, reales o aparentes, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las causales que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés. Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con un interés particular. De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con mi interés particular.

De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Para efectos del diligenciamiento. Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento: