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	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-07-01	**Hasta:**	2022-07-31	
Nombre del Contratista:	MARTHA LUCIA ACOSTA OLARTE		**Número de Documento:**	52291996	
Correo Electrónico:	malucyacosta@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3506185214	
Nombre del Supervisor:	EDILMA GALINDO CASTILLO	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3757-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	467
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
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
B05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	180	24	9729	$1984716	105.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1984716**	**UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS DIECISEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-12-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 2480895	
2	MARZO	$ 2334960	
3	ABRIL	$ 1751220	
4	MAYO	$ 1984716	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
5	JUNIO	$ 1751220

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 43187031	**$ 43187031**	**$ 10303011**	**$ 32884020**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) 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	-RESTAR MIS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA A CADA PACIENTE QUE ME SEA ASIGNADO, - COMPLIR CON ORDENES MEDICAS Y DE JEFE DE TURNO.	-NOTAS DE ENFERMERIA. - EVOLUCION DE CADA PACIENTE.
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	-DURANTE CADA TURNO INFORMAR A CADA PACIENTE Y FAMILIAR, LOS CUIDADOS QUE SE DEBEN BRINDAR TANTO DE ENFERMERIA COMO DE FAMILIAR Y EN CASA PARA LOGRAR UNA BUENA EVOLUCION DE LOS PACIENTES. - INFORMAR CADA PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR.	-NOTAS DE ENFERMERIA, - EDUCACION A FAMILIAR Y PACIENTE.
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermerìa, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demàs 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,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente	--REALIZAR OPORTUNAMENTE Y CON CALIDAD CADA ORDEN MEDICA PARA LOGRAR UNA PRONTA EVOLUCION MEDICA Y MEJORIA EN LOS PACIENTES	--REGISTRO DE NOTAS DE ENFERMERIA, -TOMA Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES. -TOMA Y REGISTRO DE LABORATORIOS.
4	Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guias, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad	-ESTAR ACTUALIZADO CON LOS DEBIDOS PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION PARA REALIZAR CADA PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA, BRINDANDO UNA BUENA CALIDAD EN LA EJECUCION.	-REGISTROS DE ENFERMERIA, FORMATOS DE ENFERMERIA EN EL SISTEMA.
5	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	-EDUCAR AL PACIENTE Y AL FAMILIAR PARA QUE SE LLEVE A CABO LOS CUIDADOS REQUERIDOS DURANTE LA ATENCION EN LA INSTITUCION, PARA QUE SEA PRONTA LA ALTA Y EDUCAR PARA SEGUIR BRINDANDO LOS CUIDADOS EN CASA PARA LA MEJORIA DEL PACIENTE.	--DILIGENCIAR NOTAS DE ENFERMERIA, FORMATOS DE LA INSTITUCION, -HISTORIA CLINICA, - HACER SEGUIMIENTO RESPECTYIVO EN EL LIBRO DE FACTURACION PARA EL EGRESO DEL PACIENTE.

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	$ 1751220
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	23580394		
2022	JUNIO	2022	07	13			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS					

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud		NUEVA EPS		$ 125000	$ 125000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 24400
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 290220**	**$ 309400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	9900309759

Edilma Galindo Castillo
C.C. 52311878
Enfermera Jefe
FUAA

MARTHA LUCIA ACOSTA OLARTE
52291996

EDILMA GALINDO CASTILLO
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--CUIDAR LOS RECURSOS DE LA INSTITUCION PARA PODER BRINDAR UNA BUENA ATENCION A LOS PACIENTES.	--DILIGENCIAR FORMATOS DE INVENTARIO DE LA INSTITUCION. - ENTREGAR LOS EQUIPOS EN BUEN ESTADO EN CADA AREA ASIGNADA.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO -FEBRERO CONTRATO 3757-2022.pdf	CUENTA DE COBRO -FEBRERO CONTRATO 3757-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta marzo lucia.pdf	cuenta marzo lucia.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CONTRATO 3757-2022.pdf	CUENTA ABRIL CONTRATO 3757-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA CONTRATO- 3757 2022 MAYO.pdf	CUENTA CONTRATO- 3757 2022 MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA CONTRATO- 3757-2022 JUNIO.pdf	CUENTA CONTRATO- 3757-2022 JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	MARTHA LUCIA ACOSTA OLARTE
IDENTIFICACION:	CC-52291996
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-07-25
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-07-26
FECHA DE PAGO:	2022-07-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2022-06
PERIODO SALUD:	2022-06
NUMERO PLANILLA:	23580394
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	23580394
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 125.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 160.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24.400	$ 24.400
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 20.000	$ 20.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.400	$ 329.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	23/08/2022

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1550793137

Destino de pago
ASOPAGOS

Motivo
Pago de seguridad Social Integrado

Fecha
13/07/2022

Número de aprobación
00793137

Dirección IP
186.102.63.183

Valor transacción
$ 329.400,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.10.11.80	CC	52291996

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2022

Fecha Validación:25-jul-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ACOSTA	OLARTE	MARTHA LUCIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52291996

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES ENE AÑO 1975

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 5 G # 48K-13 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6017535967

EMAIL malucyacosta@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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 1994
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
toma de muestras para procesamiento en el	sena	2022	48
SOPORTE VITAL BASICO	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2021	48
CODIGO BLANCO	subred sur	2021	40
TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA	CEFAP DE LA CARACAS	2013	1800

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2022

Fecha Validación:25-jul-2022

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*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	MINUTASCPS@SUBREDSUR.GOV.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7300000	DIA 27 MES 7 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	urgencias	CR 20 #47B-35 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COMPENSAR		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	MALUCYACOSTA@HOTMAIL.COM

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2480666	DIA 2 MES 10 AÑO 2017	DIA 5 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO NUTRICIÓN Y SALUD	RECREACION Y DEPORTE	AV 68 # 49A 47

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
IMPULSO TEMPORAL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	COMERCIAL@IMPULSOTEMPORAL.COM

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4871200	DIA 8 MES 4 AÑO 2017	DIA 1 MES 10 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYU NUTRICION Y SALUD CONVENIO	RECREACION Y DEPORTE	CLL 16# 35-22

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2022

Fecha Validación:25-jul-2022

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
Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud - IDIPRON	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	WWW.IDIPRON.GOV.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3100411	DIA 23 MES 6 AÑO 2015	DIA 22 MES 2 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD	CR 27A # 63B-07

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CODESS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	WWW.CODESS.ORG.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2860555	DIA 8 MES 8 AÑO 2014	DIA 30 MES 1 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ASESOR PYP	SALUD	CR 7 # 32-33

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MEDERI		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	MALUCYACOSTA@HOTMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5600520	DIA 19 MES 10 AÑO 2012	DIA 1 MES 11 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR APRENDIZ	ENFERMERIA	CLL 24 # 29-45

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTHA LUCIA ACOSTA OLARTE

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52291996 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Carrera 5 G # 48K-13 sur **Teléfonos** 3506185214 7535967

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EDGAR STEEVEN URIAN ACOSTA	1023916119	Hijo(a)
MICHAEL DANIEL URIAN ACOSTA	1031161402	Hijo(a)
MARIA ROSALBA OLARTE RODRIGUEZ	41559750	Madre
KENNY MATIAS RODRIGUEZ ACOSTA	1021685412	Hijo(a)
JESUS ANTONIO ACOSTA OLARTE	19368835	Padre
YOHAN ALEXANDER RODRIGUEZ ACOSTA	1011095862	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 23.400.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 23.400.000,00

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 Davivienda	Cuenta de ahorros	009900309759	CHAPINERO	$ 166.324,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	MOTO	$ 1.500.000,00

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2022

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
farabella	tarjeta de credito	$ 600.000,00

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** (X) **NO** ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
YIMMY ALEXANDER RODRIGUEZ AVILA	C.C (X) C.E ( ) T.I. ( )	79726932

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 25-jul-2022

CIUDAD Y FECHA

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	MARTHA LUCIA ACOSTA OLARTE
Identificación:	52291996
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	malucyacosta@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	25/07/22 0:00

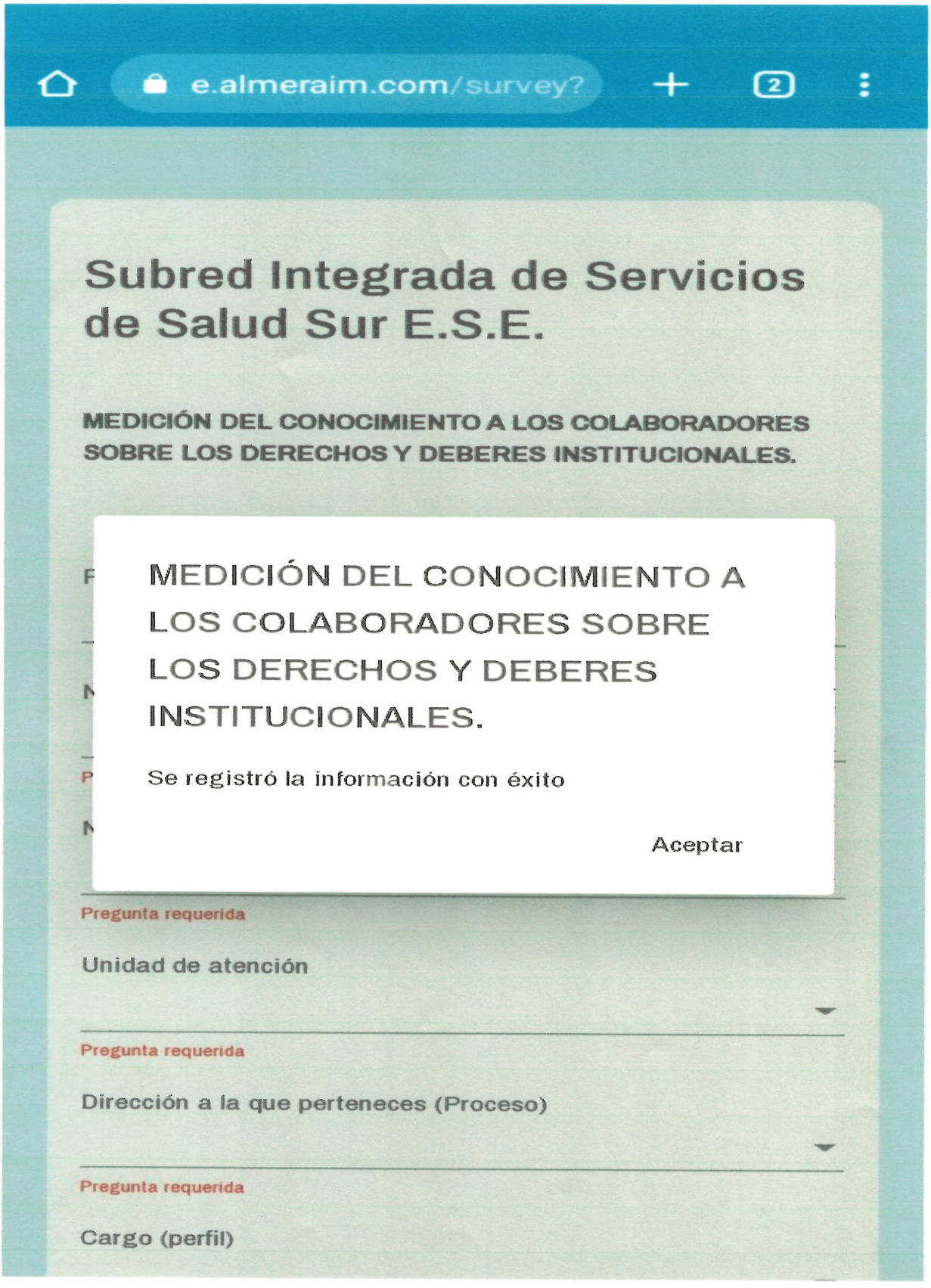
El servidor Público o colaborador, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones, potenciales, reales o aparentes, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente 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 actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:


e.almeraim.com/survey?
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.
MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.
Se registró la información con éxito
Aceptar
Pregunta requerida
Unidad de atención
Pregunta requerida
Dirección a la que perteneces (Proceso)
Pregunta requerida
Cargo (perfil)

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

r6hs5SUP16

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

MARTHA LUCIA ACOSTA OLARTE

52291996

Recibió actualización en **SEGURIDAD DEL PACIENTE** con una intensidad de 20 horas

Para constancia se expide

julio 19, 2022

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

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

MARTHA LUCIA ACOSTA OLARTE

52291996

Desarrollo el Curso de

CÓDIGO DE INTEGRIDAD

Fecha: 30 julio 2022

Horas de crédito: 8

NzcsmwXtV6

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

BOGOTÁ