| | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 1 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52525059 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lindaangel79@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3133490953 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUR | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | Salud Pública | | | | SEDE: | USS 39 PAPS ABASTOS | |
| **CENTRO DE COSTOS:** | **Centro de costo** | | | | **%** | | |
| | **K30** | | | | **100** | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | **BANCOLOMBIA** | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | **20761613463** | | | | PENSIONADO | No | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCI | **0751-2018** | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | **8de 11** | | |
| **NÚMERO DE CDP** | 1416 | **FECHA** | 22/08/2018 | **NÚMERO DE CRP** | 37004 | **FECHA** | 31/08/2018 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | **DESDE** | DIA | MES | AÑO | **HASTA** | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 9 | 2018 | | 30 | 9 | 2018 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.070.655 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | |

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

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $33.777.205 |
| VALOR EJECUTADO | $24.565.240 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.070.655 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $9.211.965 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 73% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 29838315 | $1.228.266 | $153.700 | $196.700 | 3 | $30.000 | **$380.400** |

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

**DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | SALUD PÚBLICA - SERVICIOS DE ACOGIDA | | Sede: USS 39 PAPS ABASTOS - Subred de servicios integrados de salud Sur occidente | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 0751-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 9 | 2.018 | | 30 | 9 | 2.018 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA | | C. C. | 52.525.059 | | | DE | BOGOTÁ | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** *Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.*

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ___ NO __X__**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Dar cumplimiento a las actividadesy metas periodicas, designadas en el plan de accion, con base en las fichas tecnicasy lineamientos definidos por la SDS ESE. | SI | Se entregan soportes como ficha tecnica, relatorías y listados de asistencias, informe de asesoria individual para el mes de **Septiembre** en las localidades de la subred sur occidente; cumpliendo con los criterios de veracidad, calidad, oportunidad y según los parámetros requeridos por la Secretaria Distrital de Salud - Subred sur occidente E.S.E. | Se hace entrega de 1 Ficha Tecnica, 17 listados de asistencia, 17 actas de relatoria de grupos acciones comunitaras (escucha activa), 45 asesorias individuales. |
| 2. Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina lineamiento. | SI | Se caracteriza por la subred sur occidente los escenarios apropiados para llevar a cabo las actividades como lo define el lineamiento, durante el mes de **Septiembre** | Se realiza apoyo a la concertaciones de espacios con los lideres de grupos que trabajan con problemas de consumo de sustancias por medio de recorridos en las 4 localidades de la Subred Sur Occidente |
| 3. Participar activamente en las jornadas de salud publica ( comunitarias institucionales entre otras) programadas tanto por la SDS como la subred sur occiddente a las contempladas en el plan de accion del espacio asignado. | SI | Se participo en el mes de **Septiembre** las jornadas de salud pública, programadas tanto por SDS, como por la subred Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del espacio público, se asiste a las reuniones de equipo programadas por la lider de servicios de acogida. | Se participo en las Jornadas de Consumo Responsable de Alcohol y tomas territoriales programadas para el mes. |
| 4. Realizar induccion a demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones trealizadas a los diferentes serviciosasistenciales y sociales para articular el PIC y POS. | SI | Se realiza seguimiento a las canalizaciones que se requieren en el mes de **Septiembre** | Se realiza canalizacion a los usuarios que se encuentran interesados en ingresar al Sena o realizar algun tipo de capacitacion. |
| 5. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto a la E.S.E, como de la firma auditora y/o SDS. | SI | Se presentara los soportes para las preauditorias y auditorias programadas por la firma auditora de igualmanera para la SDS. | Se realiza la entrega de soportes del mes organizados en AZ por localidad. Se hace entrega de informe mensual por parte del perfil y aportes para la matriz 1186. |
| 6. Notificar todos los eventos de interes en salud publica. | SI | Se dio a conocer todos los eventos de interés de salud pública a los usuarios de la estrategia Servicios de Acogida en cada una de las actividades programadas durante el mes de **Septiembre** | Se dan a conocer a traves de los grupos de acciones comunitarias, los eventos de interes en salud publica para la comunidad. |
| 7. Informar a los individuos , familia y otros colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. | SI | Se informo a los usuarios de SERVICIOS DE ACOGIDA , sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud en las acciones ejecutadas desde el mes de **Septiembre**, en los grupos de desarrollo comunitario. | Se dan a conocer por medio de las acciones comunitarias. |
| 8. Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion. | SI | Se facilitara los procesos de veeduría ciudadana y participación social. | Fue entregado 1 formato 4 localidades de la Subred Sur Occidente |
| 9. Realizar entrega de soportes y velar poria custodia de los mismos | SI | Se entregaran los soportes de las actividades realizadas para el mes de **Septiembre** correspondientes a las localidades de Bosa, Fontibon, Puente Aranda y Kennedy y se realizara la custodia pertinente de las mismas. | Se realiza la entrega de soportes del mes organizados en AZ por localidad. Se hace entrega de informe mensual por parte del perfil y aportes para la matriz 1186. |
| 10. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requeridos acordde a la preauditoria del referente del espacio asignado | SI | Se realizaran de manera oportuna los ajustes acorde a las preauditorias del espacio asignado durante el mes de **Septiembre** | Se realiza los ajustes necesarios en listados, actas fichas tecnicas en las fechas establecidas por la lider de la estrategia Servicios de acogida. |
| 11. Realizar entrega oportuna y con calidad de los informes requeridos acorde con las preauditorias del referente del espacio asignado | SI | Se realiza la entrega oportuna y con calidad de los informes requeridos por el espacio público, como fichas tecnicas y relatorias asi mismo de los listados de asitencia del mes de **Septiembre** | Se realizo la entrega efectiva de los soportes e informe de acciones para el mes de. Cada uno de los soportes estan basados en estandares de calidad establecidos de tal forma que aseguren el éxito de las preauditorias programadas para tal fin. |
| 12. Realizar entrega oportuna y con calidad de los informes requeridos | SI | Se entregara de manera oportuna y con calidad los informes requeridos por el referente de la estrategia servicios de Acogida como para la subred sur occidente y SDS. | Se realizo la entrega efectiva del informe de acciones para el mes.<br>Cada uno de los soportes estan basados en estandares de calidad establecidos de tal forma que aseguren el éxito de las auditorias programadas para tal fin. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13. Asistir a las asietencias tecnicas convocadas por la Subred Sur Occidente ESE como de la SDS. | SI | Durante el mes de **Septiembre,** se asiste a sistencias convocadas por la subred sur occidente. | Se asiste a reuniones tecnicas convocadas por la secretaria de salud en las fechas establecidas por parte del la coordinacion. |
| 14. Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportuna o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). | SI | | Se asumiran las glosas generadas por inconsistencias de soportes o acciones de calidad en los productos. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3,070,655 TRES MILLONES SETENTAMIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/C**

LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA CC 52525059

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

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 | 52525059 | LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA | | CALLE 12 A No. 71B - 60 CASA 212 | 4791379 | lindaangel79@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 (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2018-09 | 2018-09 | I | 04/09/2018 | 29838315 | $380,400 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colomb. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 52525059 | VALDERRAMA MEDINA LINDA KATHERINE | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1,229,000 | 196,700 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1,229,000 | 153,700 | 14-28 | 1,229,000 | 3 | 30,000 | | 0 | 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



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52525059 | LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA | | CALLE 12 A No. 71B - 60 CASA 212 | 4791379 | lindaangel79@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 (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | 2018/09/04 | 36194748 | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2018-09 | 2018-09 | I | 04/09/2018 | 29838315 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $380.400 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 153.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 153.700 | 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 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 196.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 196.700 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | 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 |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-28 | ARP Sura | 800256161-9 | 30.000 | | | | 30.000 | 0 | 0 | 30.000 | | | 300 | 30.000 | 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, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 153.700 | 153.700 |
| Pensión | 1 | 196.700 | 196.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 30.000 | 30.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 380.400 | 380.400 |

PAGADA
29838315

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

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: 17-sep-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52525059 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** AV CRA 80 G 6-19 TORRE 5 APTO 1101 ALTAVISTA **Teléfonos** 3133490953 4791379

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| MIGUEL ANGEL LEAL VALDERRAMA | 1188218160 | HIJO(A) |
| SALOME VALDERRAMA MEDINA | 1029154302 | 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 | $ 36.847.860,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 36.847.860,00 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| BANCOLOMBIA | AHORROS | 2076168463 | BOSA | $ 0,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| APARTAMENTO | VIVIENDA | $ 130.000.000,00 |
| VEHICULO | PARTICULAR | $ 22.000.000,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| CAJA SOCIAL | CREDITO HIPOTECARIO | $ 45.000.000,00 |
| CAJA SOCIAL | TARJETAS DE CREDITO | $ 5.000.000,00 |

| | | |
|---|---|---|
| CAJA SOCIAL | CREDITO CONSUMO | $ 5.000.000,00 |
| BANCOLOMBIA | TARJETAS DE CREDITO | $ 2.000.000,00 |

**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** ○ **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

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 17-sep-2018
**CIUDAD Y FECHA**

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-sep-2018

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| VALDERRAMA | MEDINA | LINDA KATHERINE |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52525059

*SEXO*: F (X) M ( )

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 16 MES MAR AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Valle del Cauca

CIUDAD Cali

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

AV CRA 80 G 6-19 TORRE 5 APTO 1101 ALTAVISTA

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4791379

EMAIL lindaangel79@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 1996 |
| | | | | | | | | | | X | |

***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* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ES | 2 | X | | ESPECIALISTA EN PSICOPEDAGOGIA ESPECIAL | 9 | 2013 | 52525059 |
| UN | 8 | X | | SIN REGISTRAR | 7 | 2005 | 52525059 |
| TC | 4 | X | | TECNICO EN SISTEMAS | 11 | 1998 | No especificada |

***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 |
| Ingles | | | X | | | X | | | X |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-sep-2018

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: SUBRED SUR OCCIDENTE DE SALUD | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: epublicosuroccidente@gmail.com | |
| *TELÉFONOS*: 7560505 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2017 | *FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO*: TERAPEUTA OCUPACIONAL | *DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA | *DIRECCIÓN*: CL 9 39-46 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: UNION TEMPORAL MINUTO DE DIOS | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: | *FECHA DE INGRESO*: DIA 5 MES 4 AÑO 2010 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 7 AÑO 2010 | |
| *CARGO O CONTRATO*: TERAPEUTA OCUPACIONAL | *DEPENDENCIA*: RECURSOS HUMANOS | *DIRECCIÓN*: CL 81 B 72B 55 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: CORPORACION DOMINICANA OPCION VIDA | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: | *FECHA DE INGRESO*: DIA 8 MES 9 AÑO 2009 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 28 MES 2 AÑO 2010 | |
| *CARGO O CONTRATO*: TERAPEUTA OCUPACIONAL | *DEPENDENCIA*: RECURSOS HUMANOS | *DIRECCIÓN*: CL52 9 14 | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-sep-2018

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: HOSPITAL PABLO VI BOSA | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: epublicosuroccidente@gmail.com | |
| *TELÉFONOS*: 7799800 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2009 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2017 | |
| *CARGO O CONTRATO*: PROFESIONAL DE SALUD PUBLICA | *DEPENDENCIA*: SALUD PUBLLICA | *DIRECCIÓN*: CR 77I BIS 69B 76 SUR | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: asecum@umng.edu.co | |
| *TELÉFONOS*: 2757300 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 2 AÑO 2009 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 6 MES 5 AÑO 2009 | |
| *CARGO O CONTRATO*: TERAPEUTA OCUPACIONAL | *DEPENDENCIA*: operativo | *DIRECCIÓN*: cra 11 101 - 80 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: CORFAS CORPORACION FONDO DE EMPRESAS ASOCIATIVAS | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: | *FECHA DE INGRESO*: DIA 5 MES 5 AÑO 2007 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2008 | |
| *CARGO O CONTRATO*: TERAPEUTA OCUPACIONAL | *DEPENDENCIA*: RECURSOS HUMANOS | *DIRECCIÓN*: CL 54 10 81 | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-sep-2018

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: |
| *TELÉFONOS*: 3805030 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 2006 | | *FECHA DE RETIRO*: DIA 10 MES 5 AÑO 2007 |
| *CARGO O CONTRATO*: PROFESIONAL DE SALUD PUBLICA | *DEPENDENCIA*: OPERACION | | *DIRECCIÓN*: CL 18 14-56 |

## 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 | 9 | 2 |
| PRIVADO | 3 | 5 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 12 | 7 |

## 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 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).

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-sep-2018

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

Bogotá Septiembre de 2018

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*