Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YASMIN PAEZ OYOLA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	45370351	
CORREO ELECTRONICO:	ya.social@hotmail.com				CELULAR:	3114363662	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Salud Publica				SEDE:	USS 39 PAPS ABASTOS	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo				%		
	K30				100		
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590386053				PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0763-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	37012	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
8483409915	$1.228.262	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

Dado en Bogotá en 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:

YASMIN PAEZ OYOLA
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
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	Salud Publica - Servicios de Acogida			Sede: USS 39 PAPS ABASTOS - Subred de servicios integrados de salud Sur occidente						
No. DE CONTRATO:	0763-2018	Periodo certificado desde el		Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
				1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YASMIN PAEZ OYOLA			C. C.	45.370.351	DE	Maria la Baja Bolivar			

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 X NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos diatritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Aplicación de instrumento APGAR en las localidades de Kennedy y Puente Aranda .Desarrollo de espacios comunitarios, seguimientos a la canalizacion, activacion de ruta, apoyo conetaciones de espacios	Se da cumplimiento para este de mes de Septiembre las actividades del área de Trabajo Social, aplicación de instrumento APGAR 40 , Desarrollo de Espacios Comunitarios 17 los cuales se ejecutan realiza en las localidades Kennedy seguimiento a canalizaciones , activaciones de rutas.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS. .	SI	Aplicación de instrumento APGAR en las localidades de Kennedy y Puente Aranda .Desarrollo de espacios comunitarios, seguimientos a la canalizacion, activacion de ruta, apoyo conetaciones de espacios	Se da cumplimiento para este de mes de Septiembre las actividades del área de Trabajo Social, aplicación de instrumento APGAR 40, Desarrollo de Espacios Comunitarios 17 los cuales se ejecutan realiza en las localidades Kennedy seguimiento a canalizaciones , activacione de rutas.
Desarrollo de Acciones undividuales y/o colectivas, jornadas y demas acciones requeidas por el Espacio Público.	SI	Apoyo jornadas	Durante el mes de Septiembre se realizaron jornadas en las localidades de Kennedy
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud e acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred,	SI	Desarrollo de espacios Comunitarios a nivel colectivo dirigidos a poblacion con consumo de sustancias psicoactivas	Se realizan Desarrollo de Espacios Comunitarios Colectivas dirigidos a poblacion con consumo de sustancias psicoactivas un total de 17 en las localidades de Kennedy .
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización,	SI	Se desarrollan acciones de control y seguimiento a las canalizaciones y activacion de rutas	Para el mes de Septiembre desarrollaron acciones de control y seguimiento a las canalizaciones y activacion de rutas generadas por el equipo Interdiciplinario
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas,	SI	Desarrollo de espacios comunitarios	Durante el mes de Septiembre se realizaron en las localidades de Kennedy espacios de desarrollo comunitario.
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud,	SI	Desarrollo de espacios comunitarios	Durante el mes de Septiembre se realizaron en las localidades de Kennedy espacios de desarrollo comunitario.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadaspor los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.,	SI	Se participo en reunioes de espacio publico y Asistencia tecnica SDS	Para el mes de Septiembre no participo de asistecias tecnicas SDS , cuatro de espacio publico.
Consolidar y fortalecer grupos de lideres pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	SI	Desarrollo de espacios comunitarios	Durante el mes de Septiembre se realizaron en las localidades de Kennedy 17 espacios de desarrollo comunitario.
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	SI	Desarrollo de espacios comunitarios	Durante el mes de Septiembre se realizaron en las localidades de Kennedy 17 espacios de desarrollo comunitario.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	SI	Entrega de soportes de cumplimiento de meta mensual , donde se aseguró la organizacion de dicha papeleria según estándares de calidad.	Se realizo la entrega de soportes de cumplimiento de meta mensual del Septiembre Entregando Carpetas debidamente marcadas, organizadas de la siguiente manera: 1, Aplicacion de caracterizacion y instrumento APAGAR 40 2, Desarrollo de Espacios Colectivas perfil de trabajo social 17 3. . seguimiento a activaciones de ruta - canalizaciones .
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	Para el mes de Septiembre se entrega con calidad el 120% de soportes correspondientes a lo establecido por lineamientos
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control.	SI	Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control.	Para el mes de Septiembre se presenta con calidad el 100 % de soportes correspondientes a lo establecido por lineamientos y lo requeriquerido
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)	SI	Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)	Para el mes de Septiembre no aplica Glosa.

OBSERVACIONES:

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

Yasmin Paez Oyola 45370351

YASMIN PAEZ OYOLA CC 45370351

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.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45370351		PAEZ OYOLA YASMYN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 59 #60A 84 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8010704	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	83409915	8483409915	I	2018/10/11	2018/09/04	BANCO AV VILLAS	0	$380,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,228,262**	**$196,600**			**$1,228,262**	**$153,600**			**$0**	**$0**			**$1,228,262**	**$30,000**		**$0**	**$0**		**$380,200**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0		**$380,200**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0		**$380,200**
1	CC	45370351 PAEZ YASMYN																		230301	30	$1,228,262	$196,600	EPS017	30	$1,228,262	$153,600		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,262	$30,000	0	$0	$0	No	$380,200
Total	**Afiliados(1)**																					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0		$380,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45370351		PAEZ OYOLA YASMYN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 59 #60A 84 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8010704	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	83409915	8483409915	I	2018/10/11	2018/09/04	BANCO AV VILLAS	0	$380,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,600	$0	$0	$196,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$196,600	$0	$0	$196,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$0	$0	$30,000
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$30,000	$0	$0	$30,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,600	$0	$0	$153,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$153,600	$0	$0	$153,600
TOTAL				**1**	**$380,200**	**$0**	**$0**	**$380,200**

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: 13-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, YASMIN NO APLICA PAEZ OYOLA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 45370351 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección Cl 59 sur 60a 84 **Teléfonos** 3114363662 8010704

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Ildeberto Paez Zuñiga	9078965	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	$ 36.487.860,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 36.487.860,00

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
Davivienda	AHORROS	007590386053	Kennedy	$ 50.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	Calle 59# 60a 84	$ 125.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Davivienda	Hipotecario	$ 90.000.000,00

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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

Yasmin Paez Oyola

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-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: 13-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PAEZ	OYOLA	YASMIN NO APLICA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 45370351

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 10 MES DIC AÑO 1977

PAÍS Colombia

DEPTO Bolivar

CIUDAD Cartagena De Indias

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cl 59 sur 60a 84

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8010704

EMAIL ya.social@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 DICIEMBRE AÑO 1998
										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*
UN	8	X		TRABAJADORA SOCIAL	7	2011	1840345131
TL	6	X		PROMOTORA SOCIAL	12	2003	No especificada

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

Ultima Actualización: 13-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: SUR OCCIDENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: epublicosuroccidente@gmail.com
TELÉFONOS: 3124494398	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO: TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA		*DIRECCIÓN*: KR 80C 2 40

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DEL SUR	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.hospitalsur@gov.co
TELÉFONOS: 2731819	*FECHA DE INGRESO*: DIA 21 MES 11 AÑO 2012		*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: TRABAJO SOCIAL	*DEPENDENCIA*: CENTO DE ATENCION EN DROGADICION:		*DIRECCIÓN*: CR 78No. 35 71sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SANTA CLARA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 3282828	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 2008		*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 8 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO: TRABAJO SOCIAL	*DEPENDENCIA*: SALUD MENTAL		*DIRECCIÓN*: CARRERA 15# 1 59

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	10
PRIVADO	0	0

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

Ultima Actualización: 13-sep-2018

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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Yasmin Paez oyola

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.

Bogota - septiembre 2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS