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:	CLAUDIA MARLENY SILVA BOTINA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO	27298473						
CORREO ELECTRONICO:	CLAMARSIL2580@HOTMAIL.COM		CELULAR:	3214647153								
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC		SEDE:	F009 CADE								
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	k32	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62434964186								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0932-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 8 DE 11	
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	37134	FECHA	31/08/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo 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:	$1.613.395							
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:	$17.747.345
VALOR EJECUTADO	$12.907.160
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.840.185
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
8658458116	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

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

SMITH EDITH LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CLAUDIA MARLENY SILVA BOTINA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

Ubicación del Servicio:				**Sede:**					
No. DE CONTRATO:	0932-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2018		30	9	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA MARLENY SILVA BOTINA		**C. C.**	27.298.473			**DE**	LA UNION	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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 ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Ingreso de información y digitación, organización y depuración de base de datos asignadas con calidad y oportunidad para revisión del referente del subsistema	SI	Se revisa los casos ingresados en la base de morbilidad neonatal extrema (fichas de notificacion y entrevista a la madre; 200 casos de fichas de notificacion, 200 fichas de entrevista a la madre). Se realiza depuracion de la bases de datos del evento 215 defectos congénitos, con corte a semana epidemiologica 35, 36, 37 y 38 con un promedio de 20 casos semanales, 80 casos en el mes. De la base 215 se extrae los casos con los códigos de malformaciones Q16 a Q40 Y DE Q90 a Q99, promedio semanal 6 casos, mensual 24 casos para seguimiento con espacio vivienda.	Bases depuradas
Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad	SI	Semanalme se revisan los casos ingresados de fichas de notificacion y fichas de entrevista a la madre 100 casos semanales) con la lider del proyecto especial de morbilidad neonatal extrema. Semanalmente se entrega las basesdepuradas al referente distrital de los eventos: defectos congénitos, del SIVIGILA . Semanalmente se entrega a la referente encargada, los casos reportados en SIVIGILA con los códigos de malformaciones Q16 a Q40 Y DE Q90 a Q99, promedio mensual 24 casos, para seguimiento en espacio vivienda .	Bases depuradas
Mantener actualizada la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud), generando respaldo del sistema de información al que pertenece (backup) semanalmente.	SI	Se almacena en medio magnético las bases resultantes de los casos ingresados de fichas de notificacion 200 casos y fichas de entrevista a la madre 200 casos. con un total de 400 fichas mensuales, de morbilidad neonatal extrema. Se almacena en medio magnetico la base resultante del evento 215 promediomensual 80 casos.	Información guaradada en DRIVE
Envio oportuno de la información (Bases de datos) del subsistema asignado según tiempos estipulados por el lineamientos con criterios de calidad y veracidad.	SI	Se envia de forma semanal la base resultante morbilidad neonatal extrema 125 casos semanales al lider del proyecto. Se envia la base depurada del evento 215 con un promedio de 20 casos semanales a la referente distrital. con corte a semana epidemiologica 35, 36, 37 y 38 y los casos obtenidos de la base 215 con los códigos de malformaciones Q16 a Q40 Y DE Q90 a Q99, 24 casos mensuales promedio, para seguimiento con espacio vivienda.	Pantallazos de envio
Generar tableros de control de la base asignada	SI	Se genera tablero de contro de los datos obtenidos de de los eventos: defectos congénitos, con corte semana epidemiologica 35, 36, 37 y 38, los casos obtenidos de la base 215 con los códigos de malformaciones Q16 a Q40 Y DE Q90 a Q99 y la base de morbilidad neonatl extrema.	Tablero de control
Mantener en correcto funcionamiento software y aplicaciones de las bases asignadas de acuerdo a requerimientos de SDS	SI	Se realiza 2 solicitudes vía telefónica al departamento de TIC para mantenimiento correctivo de software de los equipos del grupo Salud Materna Infnatil de la Secretaría Distrital de Salud	Llamada telefónica
Gestión del archivo documental basados en las normas de gestión documental establecidas por la institución apoyado por el técnico administrativo	SI	Se consolidan los oficios de acuerdo al lineamiento Distrital, organizando y verificando la información en cada una de las carpetas.	Archivos escaneados
Apoyar en la elaboración de informes e indicadores de las bases de datos de su competencia conforme a criterios de calidad	SI	Se envia oficios varios a las UPGD, IPS, ESE solicitados por la referente distrital de la Secretaría Distrital de Salud.	Archivos escaneados
Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comité, COVES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida	NO	Cumplir con los requerimientos acordados por la subred sur occidente ante cualquier participación programadas al interior del hospital y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés	Asistencia a reuniones programadas por la sub red sur occidente en el mes

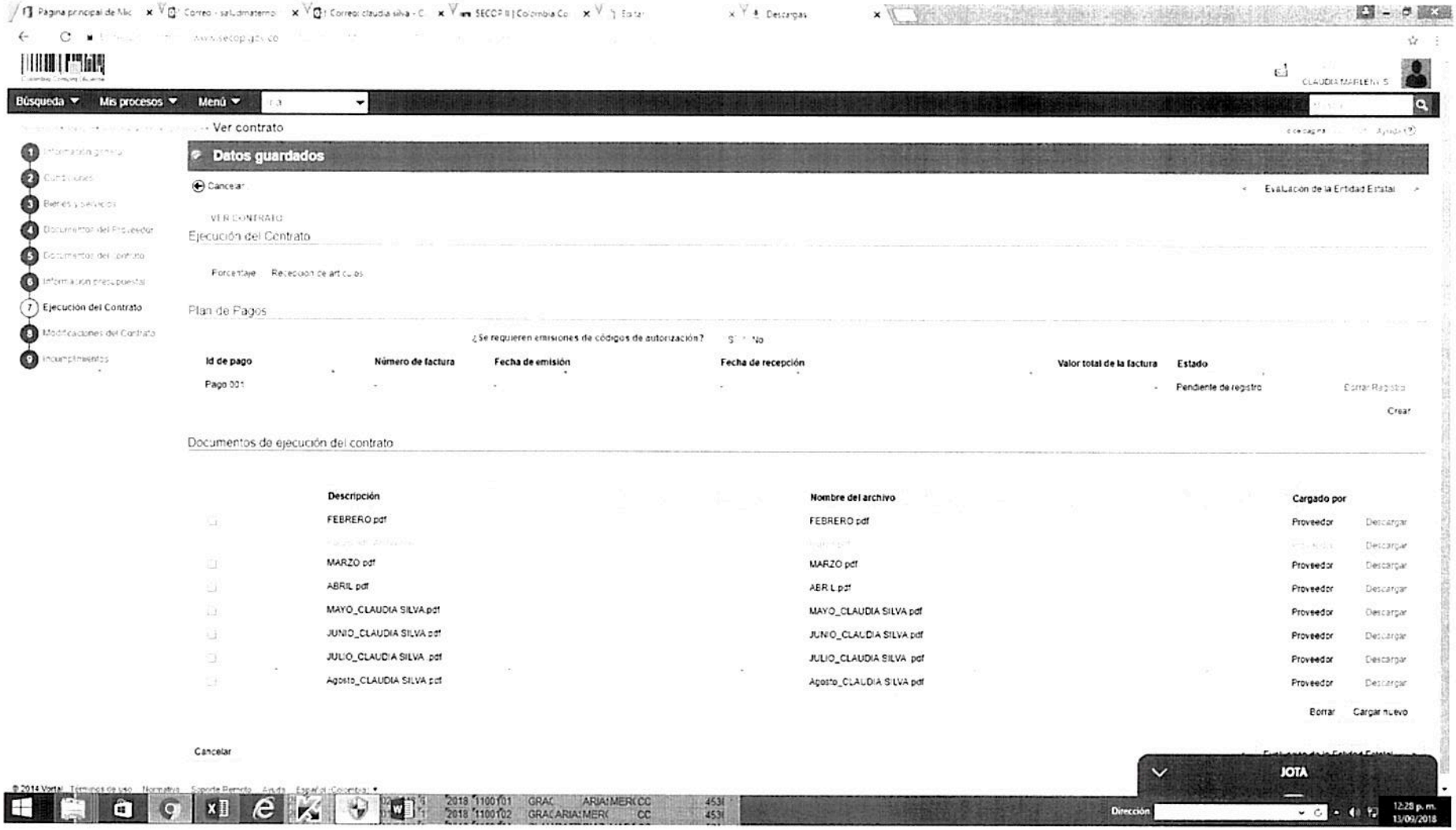
OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.613.395 (UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTSO NOVENTA Y CINCO PESOS PESOS M/C)

CLAUDIA MARLENY SILVA BOTINA C.C. 27298473

CONTRATISTA

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ver contrato
Datos guardados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Relacion de articulos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
Pago 001
Pendiente de registro
Borrar Registro
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
FEBRERO.pdf
FEBRERO.pdf
Proveedor
Descargar
MARZO.pdf
MARZO.pdf
Proveedor
Descargar
ABRIL.pdf
ABRIL.pdf
Proveedor
Descargar
MAYO_CLAUDIA SILVA.pdf
MAYO_CLAUDIA SILVA.pdf
Proveedor
Descargar
JUNIO_CLAUDIA SILVA.pdf
JUNIO_CLAUDIA SILVA.pdf
Proveedor
Descargar
JULIO_CLAUDIA SILVA .pdf
JULIO_CLAUDIA SILVA .pdf
Proveedor
Descargar
Agosto_CLAUDIA SILVA.pdf
Agosto_CLAUDIA SILVA.pdf
Proveedor
Descargar
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
JOTA
Dirección
12:28 p. m.
13/09/2018

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	CLAUDIA MARLENY SILVA BOTINA
IDENTIFICACION:	CC-27298473
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-09-04
FECHA DE PAGO:	2018-09-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2018-09
PERIODO SALUD:	2018-09
NUMERO PLANILLA:	8658458116
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8693823742
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 0	$ 97,700	$ 97,700
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 125,000	$ 125,000
14-28	800256161	ARL SURA	1	$ 0	$ 19,100	$ 19,100
		Total a pagar		$ 0	$ 241,800	$ 241,800

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CLAUDIA MARLENY SILVA BOTINA identificado(a) con cedula ciudadania 27.298.473 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170401	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
GABRIEL ARTURO RIVERA SILVA	HI	1019999328	TI	20170401	0	Activo	242

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRDA DE SALUD SUR OCCIDENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10129749

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

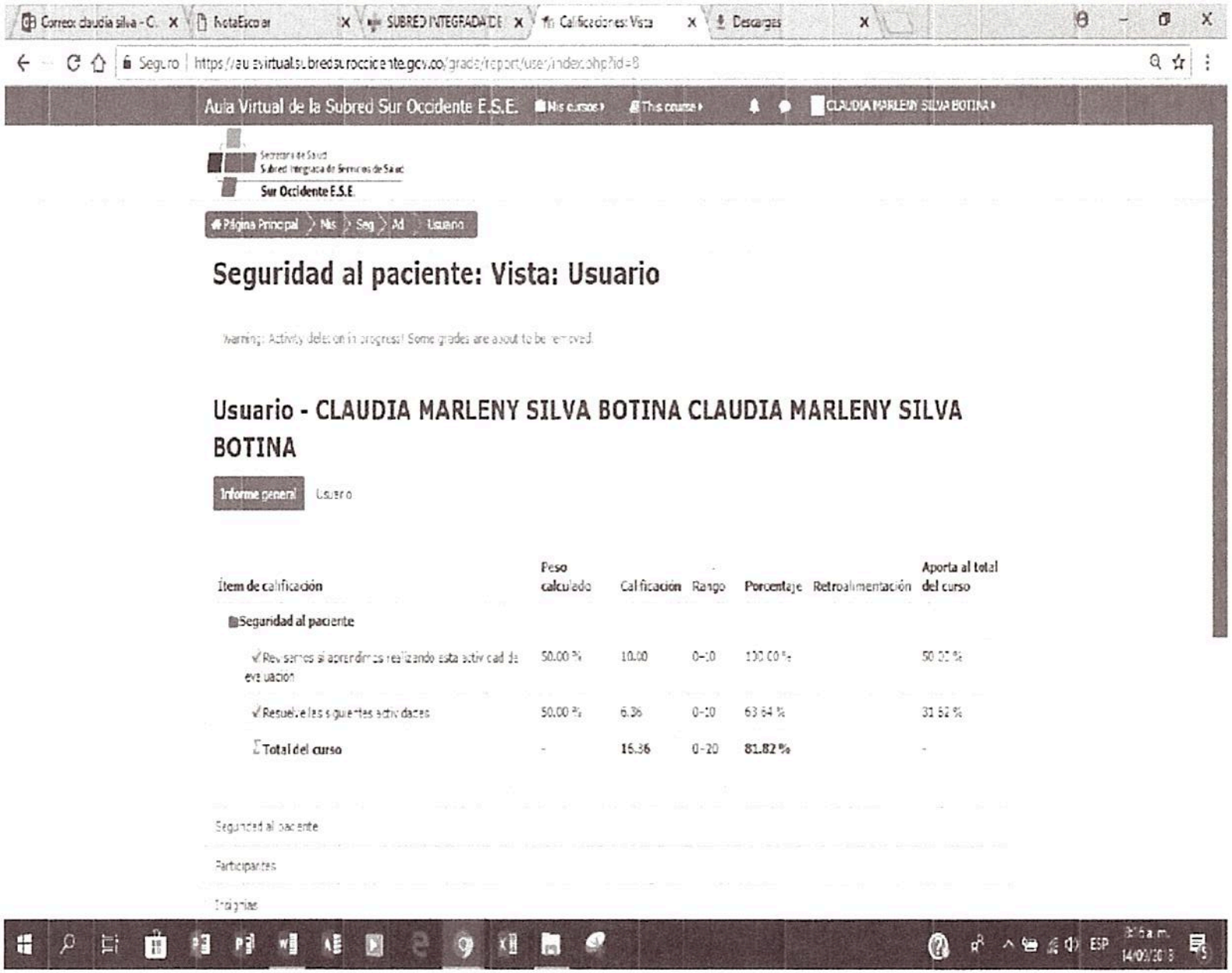
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CLAUDIA MARLENY SILVA BOTINA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **27298473,** se encuentra afiliado (a) desde **30/11/1992** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de septiembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.


Correo: claudia silva - C...
NotaEscolar
SUBRED INTEGRADA DE
Calificaciones: Vista
Descargas
Seguro | https://au evirtual.subredsuroccidente.gov.co/grade/report/user/index.php?id=8
Aula Virtual de la Subred Sur Occidente E.S.E.
Mis cursos
This course
CLAUDIA MARLENY SILVA BOTINA
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
Página Principal
Mis
Seg
Ad
Usuario
Seguridad al paciente: Vista: Usuario
Warning: Activity deletion in progress! Some grades are about to be removed.
Usuario - CLAUDIA MARLENY SILVA BOTINA CLAUDIA MARLENY SILVA BOTINA
Informe general
Usuario
Ítem de calificación
Peso calculado
Calificación
Rango
Porcentaje
Retroalimentación
Aporta al total del curso
Seguridad al paciente
Revisemos si aprendimos realizando esta actividad de evaluación
50.00 %
10.00
0–10
100.00 %
50.00 %
Resuelve las siguientes actividades
50.00 %
6.36
0–10
63.64 %
31.82 %
Total del curso
-
15.36
0–20
81.82 %
-
Seguridad al paciente
Participantes
Insignias
ESP
8:16 a. m.
14/02/2018

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, CLAUDIA MARLENY SILVA BOTINA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 27298473 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección cl 14 b no 119a 71 casa 213 **Teléfonos** 3214647153 7554234

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE SILVA	1855551	PADRE
GABRIEL ARTURO RIVERA SILVA	1019999328	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	$ 18.600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.600.000,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	62434964186	UNISUR SOACHA	$ 9.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

Última Actualización: 13-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SILVA	BOTINA	CLAUDIA MARLENY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 27298473

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES MAY AÑO 1971

PAÍS Colombia

DEPTO Nariño

CIUDAD La Unión

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cl 14 b no 119a 71 casa 213

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7554234

EMAIL clamarsil2580@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 PEDAGOGICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES JUNIO AÑO 1992
										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*
TC	6	X		TECNICO PROFESIONAL EN INGENIERIA DE SISTEMAS	5	2002	25574-054181 CND

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

Última 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	clamarsil2580@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505 Ext 1211	DIA 1 MES 2 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Apoyo tecnico en sistemas	Vigilancia en Salud Pública	cra 32 # 12-81

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	clamarsil2580@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505 Ext 1211	DIA 1 MES 7 AÑO 2017	DIA 31 MES 1 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO SALUD PUBLICA	Vigilancia en Salud Pública	cra 32 # 12-81

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C	Bogotá D.C.	clamarsil2580@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505 Ext 1211	DIA 17 MES 4 AÑO 2017	DIA 30 MES 6 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Apoyo tecnico en sistemas	Vigilancia en Salud Pública	cra 32 # 12-81

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

Última 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	clamarsil2580@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505 Ext 1211	DIA 2 MES 1 AÑO 2017	DIA 24 MES 3 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Apoyo tecnico en sistemas	Vigilancia en Salud Pública	cra 32 # 12-81

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	clamarsil2580@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505 Ext 1211	DIA 1 MES 9 AÑO 2016	DIA 31 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Apoyo tecnico en sistemas	Vigilancia en Salud Pública	cra 32 # 12-81

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	clamarsil2580@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505 Ext 1211	DIA 1 MES 1 AÑO 2016	DIA 1 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO SALUD PUBLICA	Vigilancia en Salud Pública	cra 32 # 12-81

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

Última 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: SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7560505 Ext 1211	*FECHA DE INGRESO*: DIA 20 MES 1 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: TECNICO SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA*: Vigilancia en Salud Pública	*DIRECCIÓN*: cra 32 # 12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hspital Pablo VI Bosa	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: epidemiologia@pablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS: 2980868	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 12 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: contrato 4023	*DEPENDENCIA*: Vigilancia en Salud Pública	*DIRECCIÓN*: cra 32 # 12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Gimanasio Campestre Marie Curie	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: mariecurie2005@yahoo.com	
TELÉFONOS: 8930984	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 4 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 11 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: Docente de informática	*DEPENDENCIA*: Docencia	*DIRECCIÓN*: cra 106 zona franca Fontibón	

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

Última 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Colegio de Los Angeles Bogotá		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3417329	DIA 1 MES 2 AÑO 1999	DIA 30 MES 4 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Docente de informática y básica primaria	Docencia	cra 4 # 10-42

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	3	7
PRIVADO	11	10
PARTICULAR	0	0
TOTAL	15	6

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

Claudia Milena Silva

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

Última Actualización: 13-sep-2018

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