

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión: 1	
		Fecha de aprobación: 09/11/2018	
		Código: 15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YAIMMY CAROLINA LARA MARTINEZ		
TIPO DE DOCUMENTO:	C C	X	C E
CORREO ELECTRONICO:	crystal.2206@hotmail.com		CELULAR: 3115038877
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PAPS ABASTOS SU39		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC	SEDE:	KENNEDY
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo		%
	K30		100%
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9070260501		PENSIONADO NO

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0504 - 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO	PAGO 8 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	36813	FECHA	31/08/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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
		1	9	2018		30	9
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$1.232.426						
1	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:	\$13.556.686
VALOR EJECUTADO	\$9.859.408
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.232.426
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$3.697.278
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8329884989	\$781.242	\$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,

DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YAIMMY CAROLINA LARA MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

 INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 03/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	
--	--	--	---

Ubicación del Servicio:		SALUD PUBLICA		Sede: KENNEDY	
No. DE CONTRATO:	0504-2018	Período certificado desde el	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YAIMMY CAROLINA LARA MARTINEZ		1	9	2018
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.			C. C.	52 780.681	DE BOGOTA

OBLIGACIONES CONTRACTUALES		El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐	
PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS	
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, 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 Secretaría Distrital de Salud.	Se realizó: 1. Quince segundas visitas a personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras a la estrategia RBC mediante nodos familiares para el empoderamiento en cuidado y autogestión y 15 terceras visitas de seguimiento. 2. Cuatro sesiones de fortalecimiento a líderes Bosa 3. Cuatro sesiones desarrollo de capacidades 4. Cuatro sesiones cuidadores 5. Dos sesiones semilleros	Se realiza entrega de actas de seguimiento y/o de educación en salud, canalizaciones y actas de cierre del proceso. Se entregan fichas técnicas, relatorias y listados de asistencia de las acciones desarrolladas con grupos	
2. 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.	Se realizó: 1. Quince segundas visitas a personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras a la estrategia RBC mediante nodos familiares para el empoderamiento en cuidado y autogestión y 15 terceras visitas de seguimiento. 2. Cuatro sesiones de fortalecimiento a líderes Bosa 3. Cuatro sesiones desarrollo de capacidades 4. Cuatro sesiones cuidadores 5. Dos sesiones semilleros	Se realiza entrega de actas de seguimiento y/o de educación en salud, canalizaciones y actas de cierre del proceso. Se entregan fichas técnicas, relatorias y listados de asistencia de las acciones desarrolladas con grupos	
3. Desarrollo de Acciones uniduales y/o colectivas jornadas y demás acciones requeridas por el Espacio Público.	NO	No se ejecuta esta acción	
4. Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred.	NO	No se ejecuta esta acción	
5. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	SI	Se realizó: 1. Quince segundas visitas a personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras a la estrategia RBC mediante nodos familiares para el empoderamiento en cuidado y autogestión y 15 terceras visitas de seguimiento.	
6. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	Se realizó: 1. Quince segundas visitas a personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras a la estrategia RBC mediante nodos familiares para el empoderamiento en cuidado y autogestión y 15 terceras visitas de seguimiento. 2. Cuatro sesiones de fortalecimiento a líderes Bosa 3. Cuatro sesiones desarrollo de capacidades 4. Cuatro sesiones cuidadores 5. Dos sesiones semilleros	
7. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud.	NO	No se ejecuta esta acción	
8. Consultar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e	NO	No se ejecuta esta acción	
9. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y	NO	No se ejecuta esta acción	
10. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del espacio asignado.	SI	Se organizan soportes para entrega a la líder de espacio público para ser entregados a la SDS en auditoría.	
11. Realizar entrega oportuna y con calidad de Informes requeridos.	SI	Se realiza entrega en físico y magnético de los productos requeridos.	
12. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en	NO	No se ejecuta esta acción	

OBSERVACIONES: NINGUNA	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1.232.426= UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS MCTE	
Yaimmy Lara NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Yaimmy Lara 52780681	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.	

Señor(a):	YAIMMY CAROLINA LARA MARTINEZ		
No. Identificación:	CC 52780681		
Dirección:	CARRERA 34F 16 11 SUR		
Teléfono:	7201025	Fax:	
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.		
Número de Planilla	8329884989		

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Nombre	vaimmy carolina lara martinez
Tipo y Número de Identificación	CC 52780681
Número Planilla	832984989
Fecha de Pago	9/5/2018
Número de Autorización de Pago	93605552
Banco	1023
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Período Cotización Salud	Septiembre 2018
Período Cotización Pensión	Septiembre 2018
Período Cotización Caja	Septiembre 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	\$257.500
Total Interés Mora	\$0

[illegible]

TIPO DOC.:		CC								
NO. DOCUMENTO:		52780681								
APELLIDOS Y NOMBRES		lara martinez yaimmy carolina								
COD EPS	COD AFF	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIO
EPS/05	25-14	0	781.242	781.242	781.242	781.242	97.700	125.000	19.100	0

[illegible]

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



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: 11-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 SUB RED SUR OCCIDENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD epublicosuroccidente@gmail.com	
TELÉFONOS 3756579.	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO SERVICIOS PRESTADOS	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CALLE 9 No. 39 - 46	

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 epublicosuroccidente@gmail.com	
TELÉFONOS 7560505	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 6 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 8 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CARRERA 78 NO 35-71 SUR	

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	5	12
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	12

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).



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: 11-sep-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Yaimy Lara

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

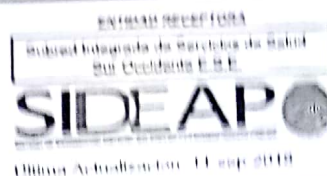
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, YAIMMY CAROLINA LARA MARTINEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52780681 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección KR 34 F 16-11 sur

Teléfonos 3013712821 7201026

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAQUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARIENTESCO
CRISTIHAN DAVID PEREZ LARA	1034659429	HIJO(A)
ALICIA MARTINEZ DE LARA	41562163	MADRE

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	\$ 14.208.000,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 14.208.000,00
TOTAL	\$ 14.208.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	009070260501	CIUDAD MONTES	\$ 0,00

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
HIJO	alimentación y educación	\$ 500.000,00

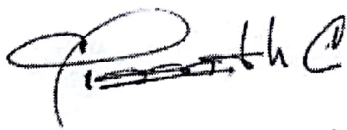
CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52780681
NOMBRES Y APELLIDOS	Lara Martinez, Yaimmy Carolina
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Lara Martinez, Yaimmy Carolina, a los 11 días del mes de septiembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.