Nueva

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	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YURY MARCELA TINTINAGO ASTUDILLO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1022953872						
CORREO ELECTRONICO:	YURIMARCELA1106@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3504951918						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10N04	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	.0570004870426147								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5535/2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 2				
NÚMERO DE CDP	384	FECHA	13/03/19	NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR EN ENFERMERIA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		27	3	19		31	3	19			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$222.803										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NA								

OBSERVACIONES: 27 HRS LABORADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.893.827
VALOR EJECUTADO	$222.803
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$222.803
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.671.024
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	12%

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 $2.070.290 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
						$0

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de ABRIL del año 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YURY MARCELA TINTINAGO ASTUDILLO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

marcela

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: KE10 KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	5535-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			27	3	19		31	3	19	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YURY MARCELA TINTINAGO ASTUDILLO		C. C.			1.022.953.872	DE		BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO:El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Auxiliar de enfermeria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ACTIVIDADES BASICAS Alistar papeleria y elementos necesarios para realizar pruebas rapidas para VIH, ordenadas a pacientes hospitalizados realizar busqueda en el sistema e imprimir reportes con dx HIV y TB	7:00 A 8:00	papeleria para pruebas rapidas en cada piso , diligenciar libro de asistencias por cada piso , asegurar que laboratorios se registren en la historia del paciente correspondiente y entregarlos a medico tratante y/o enfermera jefe del turno	Formatos de ronda y formatos en magnetico
REGISTROS OPORTUNOS SIN NMENDADURAS Realizar ronda diaria de verificación de pacientes, con diagnostico: B24X, Tuberculosis y enfermedades transmisibles; en los servicios según rotacion de jefe del servicio (urgencias y hospitalización)	8:00 A 11:00	Captar paciente de programa especial realizar Seguimiento y verificación de administracion del tratamiento instaurado, formulacion correcta, dejar evidencia del Seguimiento por parte del programa en la historia , realizar asesoria a paciente y familiar sobre el manejo de la enfermedad	Informacion en medio fisico,magneticoy base diligenciada
Realizar ficha de notificacion para morbilidad y/o mortalidad por VIH, TBC y otra enfermedad trasmisible, detectada en la U. Kennedy Revisada por medico tratante, con copia de la evolucion y formula medica del dia.	11:00 A 12:00	Realizar busqueda activa de pacientes ingresados por urgencias la noche anterior con Dx: VIH, TBC, SINTOMATICOS RESPIRATORIOS y/o enfermedades trasmisibles, Brindar asesoria personal al paciente ingresado por urgencias, detectado como VIH + o TBC + , sobre el manejo de su enfermedad y dando a conocer el programa	base de datos TB
Retroalimentacion de las bases sistematizadas, solicitadas por la SDS y En microbiologia del laboratorio clinico, recoger datos de las Baciloscopias tomadas a pacientes sintomaticos respiratorios, ingresados en la U. Kennedy.	13:00 A 15:40	Alimentacion a base de sintomatico respipratorio captado en la ronda de urgencias y/o hospitalizacion -Alimentacion a base trimestral de paciente tuberculoso -Alimentacion a la base de seguimiento al paciente hospitalizado como (tratamiento, laboratorios , presentacion de la hospitalizacion y del egreso de su misma. dejar evidencia de la presentacion.	base de datos y envio via Email a trasmisibles
Ingresar al sistema con la informacion recolectada durante la jornada llenar las bases de datos del programa especial pruebas rapidas tomadas a pacientes hospitalizados - Reportes de ADA - paciente sintomatico respiratorio.- TBC (+)	15:50 A 17:00	bases al dia con infomacion recoletada en todos los servicios de su patologia correpondiente en el mes, apoyo en actividades según necesidad y tiempos al programa de salud publica.	actualizar y guardar base de datos

TOTAL A PAGAR (Número y letras):222.803 docientos ventidos mil ochocientos tres pesos moneda corriente

1022953342 NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR:

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2019

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 1022953872
NOMBRES Y APELLIDOS	Tintinago Astuillo,Yury Marcela
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Tintinago Astuillo,Yury Marcela, a los 29 días del mes de marzo del año 2019.

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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TINTINAGO ASTUDILLO YURY MARCELA** identificado(a) con **CC** número **1.022.953.872** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de febrero de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de marzo de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

ARL | sura

Medellín, 29 de marzo de 2019

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que YURY MARCELA TINTINAGO ASTUDILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022953872 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 28/03/2019 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10229538721908854290

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 29/03/2019 3.04 PM

Dirección IP: null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S A

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,

29/03/2019

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YURY MARCELA TINTINAGO ASTUDILLO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022953872**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570004870426147**
Fecha de apertura	**22/07/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-mar-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, YURY MARCELA TINTINAGO ASTUDILLO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1022953872 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Soacha
Dirección carrera 31 # 17-267 torre 9 apto 202 **Teléfonos** 3057376886 7004974

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
AURA ASTUDILLO MELENJE	41601338	MADRE
ROGER MARINO TINTINAGO ASTUDILLO	192323592	PADRE
LUIS MIGUEL RODRIGUEZ TINTINAGO	1028861730	HIJO(A)
SAMUEL ALEJANDRO HERRERA TINTINAGO	1073722908	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	$ 13.681.620,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 13.681.620,00

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	004870426147	TUNAL	$ 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

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: 27-mar-2019

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: DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS: 2207400	*FECHA DE INGRESO*: DIA 5 MES 9 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: SALUD	*DIRECCIÓN*: CALLE 41D N|78H-40 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: FUNDACION NIÑO JESUS	*PÚBLICA*	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Soacha	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: servicio@fundacionninojesus.org	
TELÉFONOS: 6310051	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 3 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA Y NUTRICION	*DEPENDENCIA*: SALUD	*DIRECCIÓN*: Cra 62 # 67a - 80	

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	2	4
PRIVADO	0	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	8

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).

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 INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 27-mar-2019

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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