24142

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA PILAR CARO VELASQUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52776459							
CORREO ELECTRONICO:	pilicaro81@gmail.com				CELULAR:	3214524203							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS PABLO VI												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION DEL RIESGO				SEDE:	PA16							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA16F01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	74112749									PENSIONADO	no		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4112-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	1 de 3					
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Proyectos y convenios 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		
		18	2	2019		28	2	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.503.932									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	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:	$6.092.901
VALOR EJECUTADO	$1.085.037
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.085.037
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.007.864
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	18%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
32419480	$828.116,00	$103.600	$132.500		$0	**$236.100**

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

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SONIA PILAR CARO VELASQUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Feb 20/19

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:	GESTION DEL RIESGO								Sede: PA16		
No. DE CONTRATO:	4112-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			18	2	2.019		28	2	2.019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA PILAR CARO VELASQUEZ		C. C.		52.776.459		DE		BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Proyectos y convenios 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 ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia, dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción según lineamientos del convenio de adherencia en el manejo de la enfermedad mental, Realizar asistencia técnica y seguimiento a IPS priorizadas en la implementación de la metodología de adherencia terapéutica, previa revisión y apropiación de la misma, Presentar documento de propuesta metodológica para adelantar acciones de fortalecimiento de competencias técnicas del talento humano de las IPS priorizadas, en adherencia para el manejo de la enfermedad mental.	SI	Apropiación conceptual del convenio y su alcance. Reconocer las funciones dentro del convenio y fortalecerlas. Realizar atencion asistencial en salud mental a los usuarios de acuerdo a al necesidad del servicio	Actas y Listados de Asistencia Numero de atencion en PAPS NUEVAS DELICIAS
Desarrollar procesos de fortalecimiento técnico en las IPS priorizadas para el seguimiento a la adherencia en el manejo de la enfermedad mental, en el marco del modelo de atención integral en salud para el D.C., y de las RIAS de salud mental, Asistir a las reuniones que convoque la SDS relacionadas con el tema objeto del Convenio.	SI	Fortalecimiento técnico en la funciones asistenciales del convenio. Verificación y consolidación de atenciones realizadas por el equipo interdisciplinarios a los usuarios que ingresan a la ruta de salud mental. Realizar informe de avances del fortalecimiento y evolución del convenio	Informe mensual . Actas y Listados de Asistencia .
Notificar todos los eventos de interés en salud pública , realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos en salud mental, informar a los individuos, familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud , facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social, con el fin de fortalecer la gestión.	SI	Reconocer la importancia de notificación obligatoria e inmediata de los eventos de SIVIM , SISVECO, SIVELCE Y VESPA . Conocer las fichas de notificación al SIVIGILA , de los eventos de interés en salud publica . Realiza seguimiento al abordaje , de los casos con riesgo en salud mental .	Fichas de notificacion subsistemas de vigilancia epidemiologica.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos , realizar ajustes de manera oportuna cuando se requiera, realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos , alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como a la supervisión.	SI	Presentar informe mensual de acciones y avances en pro al objetivo del convenio .	Base de Datos consolidada . Informe mensual con avances.
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS, asumir el 100% de la glosa generada por la supervisión al determinar inconsistencias en soportes o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista.	SI	Induccion de los convenios de gestion del riesgo Reunión mensual de equipo de trabajo del convenio. Entrenamiento en la atencion y el abordaje de usuarios en riesgo de salud mental y enfasis en consumo de SPA Fortalecimiento de la Ruta de Salud Mental .	Actas y Listados de Asistencia .
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos y bienes muebles, pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros días calendario de cada mes, dar cumplimiento a las guías de manejo, manuales, instructivos y protocolos institucionales, Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrato de acuerdo al código del buen gobierno.	SI	Entrega de soportes de pago de Seguridad Social mes vencido. Participación en el proceso de inducción virtual al talento Humano . Capacitación de plataforma DINAMICA , para asignación y consulta de asignaciones bajo el convenio . Entrenamiento del puesto de trabajo.	Cuentas de cobro con soportes de Seguridad Social .
Aplicar políticas de gestión y participar activamente en los procesos de acreditación y las demás que por la naturaleza del convenio interadministrativo deben ejecutarse en cumplimiento de las obligaciones del misma	SI	Participación en conversatorios . Cumplimiento mensual de los productos del convenio	Actas y Listados de Asistencia .

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON OCHENTA Y CINCO MIL , TREINTA Y SIETE PESOS MCTE ($ 1,085,037)

SONIA PILAR CARO VELASQUEZ ,Cedula 52,776,459 Bogotá.

FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

VB 19-02-19

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	sonia pilar caro velasquez	**Nit:**	52776459
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Enero 2019
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Enero 2019
Número de radicación:	32419480	**Total a pagar:**	$236,100
Fecha de vencimiento:	14/02/2019	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	16/01/2019	**Número de administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	**Número de aprobación:**	404827174
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$132,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$103,600
						$236,100

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2019 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara

Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° SI 006-1

Powered by Cenet Edinet

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTO[illegible]UIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52776459	sonia pilar caro velasquez		calle 2 B No. 24-19	2800531	sopicave@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-01	2019-01	I	16/01/2019	32419480	$236.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	103.600	0		0		0	0	0	0	103.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	132.500	0	0	0	0	0	0		132.500	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										

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	103.600	103.600
Pensión	1	132.500	132.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	236.100	236.100

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	52776459	sonia pilar caro velasquez		calle 2 B No. 24-19	2800531	sopicave@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-01	2019-01	I	16/01/2019	32419480	$236.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
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
CC	52776459	CARO VELASQUEZ SONIA PILAR	3	0			N																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS008	828.116	103.600		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) SONIA PILAR CARO VELASQUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 52.776.459 , 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
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de Febrero de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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
10804186

CER-AFI

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **SONIA PILAR CARO VELASQUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,776,459**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 04 días del mes de Febrero de 2019.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 19 de febrero de 2019

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

CERTIFICA:

Que SONIA PILAR CARO VELASQUEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52776459 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 19/02/2019 **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:C527764591905043137

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: 19/02/2019 11.58 AM

Dirección IP: null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 19-feb-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CARO	VELASQUEZ	SONIA PILAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52776459

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 6 MES MAY AÑO 1981

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle2b2419

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4830959

EMAIL sopicave@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 1997
										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	1	X		ESPECIALIZACION EN PLANEACION, GESTION Y CONTROL DEL DESARROLLO	6	2012	52776459
UN	9	X		Terapeuta Ocupacional	12	2002	52776459

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: 19-feb-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: Subred Sur Occidente	***PÚBLICA***: X	*PRIVADA*:	***PAÍS***: Colombia
DEPARTAMENTO: **Bogotá D.C.**	*MUNICIPIO*: **Bogotá D.C.**	***CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD***: contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 3753569	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 2 AÑO 2019	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Terapeuta Ocupacional	*DEPENDENCIA*: Gestiona del riesgo	***DIRECCIÓN***: calle 9 no. 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Centro Oriente	***PÚBLICA***: X	*PRIVADA*:	***PAÍS***: Colombia
DEPARTAMENTO: **Bogotá D.C.**	*MUNICIPIO*: **Bogotá D.C.**	***CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD***: espaciopublicosubcentrooriente@gmail.com	
TELÉFONOS: 3102651320	*FECHA DE INGRESO*: DIA 9 MES 7 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: Terapeuta Ocupacional	*DEPENDENCIA*: **Salud Pública**	***DIRECCIÓN***: carrera 12D No. 26A-62 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Centro Oriente	***PÚBLICA***: X	*PRIVADA*:	***PAÍS***: Colombia
DEPARTAMENTO: **Bogotá D.C.**	*MUNICIPIO*: **Bogotá D.C.**	***CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD***: espaciopublicosubcentrooriente@gmaii.com	
TELÉFONOS: 3102651320	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 12 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: Profesional Especializado SOJU	*DEPENDENCIA*: **Salud Pública**	***DIRECCIÓN***: carrera 12D No. 26A-62 sur	

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: 19-feb-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: Clínica Campo Victoria	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: admincampovictoria@grupocisne.org	
TELÉFONOS: 3162437678	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 10 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 10 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Terapeuta ocupacional	*DEPENDENCIA*: Consumo de SPA	*DIRECCIÓN*: carrera 69 No. 170-40	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Centro Oriente E.S.E II Nivel	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: cdistrital.acolectiva.hco@gmail.com	
TELÉFONOS: 2458134	*FECHA DE INGRESO*: DIA 21 MES 3 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 21 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Terapeuta Ocupac-Supervisora técnica	*DEPENDENCIA*: Salud Pública	*DIRECCIÓN*: Cra 8 No. 1C-50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SANTA CLARA ESE III NIVEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: sopicave@hotmail.com	
TELÉFONOS: 3282828	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 6 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 19 MES 3 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA*: UFEN SALUD MENTAL	*DIRECCIÓN*: CARRERA15 NO.1 59 SUR	

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: 19-feb-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2921277	DIA 21 MES 7 AÑO 2006	DIA 31 MES 5 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA OCUPACIONAL	SALUD MENTAL	CALLE 13 NO. 74 49

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	7	1
PRIVADO	4	10
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	12

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

Bogotá 19 Feb/2019.

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: 19-feb-2019

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