| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 |
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 |
| | Código: | 04-02-FO-0002 |
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | YULI PAOLA SOCHA MUNEVAR | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1022357659 | |
| CORREO ELECTRONICO: | yulism_2008@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3053450096 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC COORDINACIÓN PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K33-6 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 455900100260 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8902 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1606 | FECHA | 2025-08-11 09:03:02.000 | NÚMERO DE CRP | 32780 | FECHA | 2025-08-13 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | |
| | | | | 2025-07-01 | | 2025-07-31 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | $2,539,843 | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | | | N/A | | |

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: | $20,210,122 |
| VALOR EJECUTADO | $20,210,122 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,539,843 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1073431937 | $1,015,937 | $126,992 | $162,550 | 3 | $24,748 | $314,290 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| "1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad,oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. " | Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato | Se cumplio con el manual de convivencia con calidad,oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud. |
| 2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado | Realizar alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria | Se realiza vacunacion en la localidad de Fontibon ,Kennedy, Bosa y Puente Aranda |
| 3. Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada | En el mes se realiza seguimiento a los menores de cinco años identificados con riesgo | Se realiza acunacion a los menores de cinco años con riesgo durante el mes |
| 4. Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes | Realizar demanda inducida y seguimiento de vacunacion en la localidad de Bosa, Kennedy ,Fontibon,Puente Aranda | Se realiza vacunacion en la localidad de Bosa, Kennedy ,Fontibon,Puente Aranda |
| "5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred" | Realizar notificaciones de los eventos de interes en salud publica | Se realiza notificacion dependiendo de los eventos encontrados en el mes |
| 6. Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Se realiza canalizaciones las actividades de vacunacion según lineamientos de la secretaria de salud teniendo encuenta la poblacion objeto PAI según los protocolos del area vigentes. | Se realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunacion, |
| "7. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención" | Se brinda informacion sobre los derechos y deberes respecto a la seguridad social en salud | Dar cumplimiento a la educacion requerida para los usuarios , derechos y deberes 19108590 " 8. Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control." Se brinda a la comunidad durante el desarrollo de las actividedes educacion sobre la importancia de continuar con los difrerentes programas de promocion y prevencion, Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios |
| " 8. Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control." | Verificar los ajustes oportunos a las preauditoria | Entregar documentos bien diligenciados para la preauditoria |
| 9. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos | Entregar informes requeridos oportunamente | entrega de productos y respuestas |
| 10. Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas | Reportar las eventualidades que interfieran en el producto | Reportar eventos adversos en la vacunacion |
| "11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio." | portar adecuadamente los uniformes con logos de la subred | cuidar la imagen como funcionares de la subred |
| 12. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales | Cumplir con el uso adecuado de las chaquetas institucionales y carnet | Portar los elementos de identificacion de la institucion carne uniforme y chaqueta |
| "13. Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad" | Cumplir con el cuidado de los termos paquetes fios y loncheras | Cuidar limpiar las elementos utilizados en jornadas de vacunacion |
| 14. Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio | Se realiza diligenciamiento de los formatos requeridos en el punto de vacunacion | Se realiza diariamente toma de temperatura y se registra sistematicamente |
| "15. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio" | Cumplir con el cuidado de los termos paquetes fios y loncheras | Portar los elementos de identificacion de la institucion carne uniforme y chaqueta |
| 16. Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera | Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud | Responder por los biologicos o dispositivos medicos al cuidado del trababador |

Copia Controlada Subred Suroccidente

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

**DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YULI PAOLA SOCHA MUNEVAR**

**C.C 1022357659 DE BOGOTÁ**

La suma de dos millones quinientos treinta y nueve mil ochocientos cuarenta y tres pesos m/c, $ 2.539.843 concepto de servicios como Técnico 1 Auxiliar de enfermería en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, durante el periodo del 01 al 31 de julio del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8902 - 2024

Yuli Socha

**YULI PAOLA SOCHA MUNEVAR**
**C.C 1022357659 DE BOGOTÁ**
**CUENTADEAHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 4 5 5 9 0 0 1 0 0 2 6 0**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente de 1 al 31 de julio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

Maira Afonsecas.

**MAIRA ALEJANDRA FONSECA SALGUERO**
**Apoyo a la supervisión**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

**RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-jul-2025

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** YULI PAOLA SOCHA MUNEVAR

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 10223575659 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** cl 6 sur 82 66 **Teléfonos** 3132775481 8297972

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| stiven david useche socha | 1011209654 | Hijo(a) |
| daira ximena useche socha | 1011223895 | 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 | $ 27.051.536,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 27.051.536,00 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| Banco Davivienda | Cuenta de ahorros | 455900100260 | TINTAL | $ 0,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| Apartamento | 1022357659 | $ 60.000.000,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |



NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

Sideap 2.0

## FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

### DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombre: | YULI PAOLA SOCHA MUNEVAR |
| Identificación: | 10223575659 |
| Entidad: | Fondo de Desarrollo Local Kennedy |
| Cargo: | Contratista |
| Correo: | yulism_2008@hotmail.com |
| Tipo declaración: | Terminación del Contrato por Prestación de Servicios |
| Fecha Declaración: | 26/07/25 |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

ARL

sura

Medellin, 27 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **YULI PAOLA SOCHA MUNEVAR** con documento de identidad **C1022357659**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024-07-01 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | PRINCIPAL BOGOTA DC | 0000000001 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA




Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2025-07-08, 02:16:21 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | junio de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | junio de 2025 |
| **Empresa** | YULI PAOLA SOCHA MUNEVAR |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1022357659 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8810833509 / 1073431937 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 469.000 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.245 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 0 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1 | $ 178.000 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 34.700 | $ 0 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | $ 28.500 | $ 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **SubTotales:** | $ 469.000 | $ 0 |
| **Total a Pagar:** | | $ 469.000 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner