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 | 2/15/2018 |
| Código: | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Yanela Infante Hernandez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 883726 | |
| CORREO ELECTRONICO: | yanelainfante@gmail.com | | | | CELULAR: | 3138414922 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA FAMILIAR USS 50 MEXICANA | | | | SEDE: | SUBRED | |

| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|---|---|---|---|---|
| | SU50A41 | 55 | PA34A41 | 45 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | TIPO DE CUENTA: | AHORRO |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4800012258 | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1253 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 1079 | FECHA | 2026-05-11 14:52:58.000 | NÚMERO DE CRP | 17768 | FECHA | 2026-05-28 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
| | | 2026-06-01 | | 2026-06-30 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | $12,744,760 | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | 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: | $76,488,560 |
| VALOR EJECUTADO | $61,538,984 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $12,744,760 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $14,949,576 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 80% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1082718836 | $5,971,830 | $746,479 | $955,493 | 3 | $145,474 | $1,847,445 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA
1031122868
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

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 |
|---|---|---|
| Prestar el servicio de especialista en medicina familiar en los servicios de salud de la subred sur occidente e.s.e. | Prestó el servicio de especialista en medicina familiar en los servicios de salud de la subred sur occidente e.s.e. | Atención integral al paciente y/o Reporte de historias clínicas acorde a las necesidades de usarios registrados en Historias Clinicas de Dinamica |
| Realizar la consulta procedimientos y actividades concertadas según la programación | Realizó la consulta procedimientos y actividades concertadas según la programación. | Atención integral al paciente y/o Reporte de historias clínicas |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes de acuerdo a los establecido en la resolución 1995 de 1999. | Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes de acuerdo a los establecido en la resolución 1995 de 1999. | Atención integral al paciente y/o Reporte de historias clínicas. Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Digitar los registros individuales de servicios - rips, registros estadísticos y demás formatos de la subred sur occidente que le sean indicados por el supervisor del control, registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por el servicios de salud sur occidente e.s.e. | Digitó los registros individuales de servicios - rips, registros estadísticos y demás formatos de la subred sur occidente que le fueron indicados por el supervisor del control, registrando la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por el servicios de salud sur occidente e.s.e. | Total Consultas por Horas 410 USS Porvenir: 175 con un 97,5% de cumplimiento a la fecha. Pendientes 5 consultas USS Mexicana; 235 consultas con un 90 % de cumplimiento a la fecha. Pendientes por ejecutar 24 consultas |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad ( habilitacion y acreditacion ) según requerimientos de la Subred. | Apoyó el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad ( habilitación y acreditacion ) según requerimientos de la Subred. | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocada | Participó en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales se convocó | Protocolos y actividades establecidas por la institución; evidencia en registros de actas de reunioens de capacitación a colaboradores |
| Conocer e interiozar los principios y valores institucionales y operativos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia. comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar a la acreditación de la subred sur occidente. | Demostró Conocimiento e interizacion de los principios y valores institucionales y operativos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia. comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar a la acreditación de la subred sur occidente | Protocolos y actividades establecidas por la institución; Resultados Encuestas de satisfacción |
| Revisión de agendas de citas de su programacion con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la produccion | Realizó revisión de agendas de citas de su programación con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la producción | Informe de seguimiento de cumplimiento y adherencia de citas médicas según protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Cumplir con el estandar de rendimiento optimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias. | Cumplió con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias. | Informe de cumplimiento , rendimiento y productividad según protocolos y actividades establecidas por la institución estrategia de Reposiciones de pacientes |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reportó los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Protocolos y actividades establecidas por la institución. Registro de fichaas de SIVISTRA |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Notificó las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participó en los análisis a los que se convocaron e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio | Protocolos y actividades establecidas por la institución. Aplicativo para reporte de sucesos de seguridad. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Respondió por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y fueron entregados a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entregó la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Constancia en soporte de planilla de pago al sistema de seguridad social |
| Participar en los procesos de docencia servicio de acuerdo a los requerimientos institucionales | Participó en los procesos de docencia servicio de acuerdo a los requerimientos institucionales | Participación activa como docente en rotaciones de Residentes de Medicina Familiar R-1 de UDCA |
| Manter adecuada adherencia a las guias de practica clinica adaptadas y adopatadas por la institucion | Mantuvo adecuada adherencia a las guias de practica clínica adaptadas y adoptadas por la institución | Protocolos y actividades establecidas por la institución |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Garantizar la adeherenica al plan de contigencia institucional frente a las fallas del sistema | Garantizó la adherencia al plan de contingencia institucional frente a las fallas del sistema | Atención integral al paciente y/o Reporte de historias clínicas según los protocolos de la institución en plan de contingencia. |
| Cumplir de manera obligatoria con las normas de bioseguridad y el Manual de Seguridad del Paciente adoptados por la institución, garantizando la aplicación rigurosa de los protocolos institucionales. Esto incluye, de forma taxativa pero no limitada: la técnica correcta de lavado de manos en los cinco momentos estipulados, el uso permanente y adecuado de la bata y los elementos de protección personal (EPP), y la adherencia a las guías de residuos hospitalarios | Cumplió de manera obligatoria con las normas de bioseguridad y el Manual de Seguridad del Paciente adoptados por la institución, garantizando la aplicación rigurosa de los protocolos institucionales. Esto incluye, de forma taxativa pero no limitada: la técnica correcta de lavado de manos en los cinco momentos estipulados, el uso permanente y adecuado de la bata y los elementos de protección personal (EPP), y la adherencia a las guías de residuos hospitalarios | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Prestar sus servicios de manera transversal en las diferentes unidades o áreas de la institución, ajustando su ejecución a las necesidades operativas identificadas por la supervisión del contrato, con el fin de optimizar la respuesta institucional y asegurar la cobertura asistencial según la normativa vigente. | Prestó sus servicios de manera transversal en las diferentes unidades o áreas de la institución, ajustando su ejecución a las necesidades operativas identificadas por la supervisión del contrato, con el fin de optimizar la respuesta institucional y asegurar la cobertura asistencial según la normativa vigente. | Prestó sus servicios de manera transversal en las diferentes unidades o áreas de la institución, ajustando su ejecución a las necesidades operativas identificadas por la supervisión del contrato, con el fin de optimizar la respuesta institucional y asegurar la cobertura asistencial según la normativa vigente. |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.. | Realizó las demás actividades que le fueron asignadas acordes con el objeto del contrato | Protocolos y actividades establecidas por la institución |

INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA
1031122868
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

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
f48cd6594697eaae963944390aeda1cbea01e438fc11564e094bc7d2a9b5170ceea7578b39ea713ff4516eb5c054c24f

**Número de Factura:** FEYI-5
**Fecha de Emisión:** 18/06/2026
**Fecha de Vencimiento:** 18/06/2026
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Transferencia Débito
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** INFANTE HERNANDEZ YANELA
**Nombre Comercial:** INFANTE HERNANDEZ YANELA
**Nit del Emisor:** 700202957
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CR 97 22 L 31 AP 402
**Teléfono / Móvil:** 3128992914
**Correo:** drainfanteyanela@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 900959048
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-13
**Responsabilidad tributaria:** 01 - IVA

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** Calle 9 39 46
**Teléfono / Móvil:** 4546800
**Correo:** gerencia@subredsuroccidente.gov.co

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 0001 | SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIA | NIU | 140,00 | $ 91.034,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 12.744.760,00 |

### Notas Finales

FACTURA MES JUNIO 2026
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
18/06/2026 19:45:40
**Documento validado por la DIAN:**
18/06/2026 19:45:41
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 12744760 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 12744760 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 12744760 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 12744760 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 12.744.760,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 12.744.760,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 12.744.760,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 12.744.760,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764107713901 Rango desde: 1 Rango hasta: 50 Vigencia: 2028-03-27

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Febrero__ Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Febrero__ Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Marzo__ Soporte ejecucion Contrato.pdf | Marzo__ Soporte ejecucion Contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Abril__ Soporte de Ejecucion Contrato.pdf | Abril__ Soporte de Ejecucion Contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Mayo__Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Mayo__Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

7:44
◄ WhatsApp

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

PRE TEST Y POST TEST CAPACITACIÓN
ASEGÚRATE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

FECHA

RESULTADO: 100 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

SERVICIO

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

e.almeraim.com

7:46
◄ WhatsApp

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

PRE TEST Y POST TEST CAPACITACIÓN
ASEGÚRATE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

FECHA

RESULTADO: 100 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

SERVICIO

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

e.almeraim.com

ADRES

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 2000032953 |
| NOMBRES | YANELA |
| APELLIDOS | INFANTE HERNANDEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EPS FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 06/11/2018 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| **Fecha de Impresión:** | 06/23/2026 17:12:39 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

ARL | sura

Medellín, 29 de mayo de 2026

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

## CERTIFICA:

Que YANELA INFANTE HERNANDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 2000032953 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 01/07/2024 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

## Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

***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:
C10265765432614931809

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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: 29/05/2026 8.50 AM

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| INFANTE | HERNANDEZ | YANELA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C ◯ C.E Ⓧ PAS ◯ No. 883726 | F Ⓧ M ◯ | COL ◯ EXTRANJERO Ⓧ |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NUMERO _____ D.M _____

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DIA 20 MES OCT AÑO 1984 | KR 97 22 L 31 |
| PAÍS Cuba | PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. |
| DEPTO | CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6333321 |
| CIUDAD Cienfuegos | EMAIL yanelainfante@gmail.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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES JULIO AÑO 2002 |
| | | | | | | | | | | 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 | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Especialización universitaria | 4 | X | | Medicina Familiar | 12 | 2010 | 883726 |
| Universitaria | 12 | X | | Medicina General | 7 | 2008 | 883726 |

Firma electrónica validador: null

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| *NOMBRE DEL CURSO* | *INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN* | *AÑO TERMINACIÓN* | *HORAS* |
|---|---|---|---|

***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 |
| portugués | | | X | | | X | | | X |

## 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*<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>cabanas.subredsuroccidente@gmail.com |
| *TELÉFONOS*<br>3202915635 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 8 MES 2 AÑO 2022 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO*<br>Medico Especialista Medicina Familiar | *DEPENDENCIA*<br>Consulta Externa | | *DIRECCIÓN*<br>Calle 57 Sur No. 89 B - 19 |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>ingresosussporvenir@gmail.com |
| *TELÉFONOS*<br>6013682246 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 8 MES 2 AÑO 2022 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO*<br>Especialista Medicina Familiar | *DEPENDENCIA*<br>Gestion clinica Ambulatoria | | *DIRECCIÓN*<br>Calle 19 A # 34 94 |

Firma electrónica validador: null

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

## 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 Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | seleccionpersonal@subredsuroccidente.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 13753569 | DIA 26 MES 10 AÑO 2021 | DIA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Medico General | Consulta externa | Calle 9 No. 39 - 46 |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| Bienestar IPs- Sede Chapinero | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | rafael.rojas@bienestarips.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4873434 | DIA 26 MES 11 AÑO 2019 | DIA 9 MES 1 AÑO 2021 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Medico General | Salud | Cra. 14a #68-31, Bogotá |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| Vitalem IPS SAS | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | talentohumano@vitalem.net |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8052448 | DIA 26 MES 12 AÑO 2018 | DIA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Medico Domiciliario | Salud | Carrera 23# 137 57 |

Firma electrónica validador: null

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

## 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*: Hôpital Beni Abbes | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA* | *PAÍS*: Argelia |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: aliyahouidirecteur@yahoo.fr | |
| *TELÉFONOS*: 698301 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 16 MES 6 AÑO 2017 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 8 AÑO 2018 | |
| *CARGO O CONTRATO*: Medico general | *DEPENDENCIA*: Salud Publica | *DIRECCIÓN*: Benni Abbes, Wilaya Bechar | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: MINSAP | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA* | *PAÍS*: Cuba |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: director@polcfa1.cfg.sld.cu | |
| *TELÉFONOS*: 520201 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 12 AÑO 2012 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 10 MES 5 AÑO 2017 | |
| *CARGO O CONTRATO*: Medico Familiar | *DEPENDENCIA*: salud publica | *DIRECCIÓN*: Calle 25 e/ 46 y 48 Reina. CP. 55100 | |

## 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* |
| Privada | 7 | 5 |
| Pública | 10 | 3 |
| Total | 13 | 1 |

Firma electrónica validador: null

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

## 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 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 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null
*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Firma electrónica:
null
*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.

Firma electrónica:

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Firma electrónica validador: null

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 2.0

Última Actualización: 24-jun-2026

# 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** YANELA INFANTE HERNANDEZ

**IDENTIFICADO CON C.C.** ◯ **C.E.** ⓧ **T.I.** ◯ **No.** 883726 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** KR 97 22 L 31 **Teléfonos** 3128992914 6333321

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Lucas Rodriguez Infante | 1020009092 | 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 | $ 120.000.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 120.000.000,00 |

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 | Cuenta de ahorros | 04800012258 | Av Chile 048 | $ 2.000.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| Apartamento | 10623 | $ 320.000.000,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| BBVA | Credito Hipotecario | $ 200.000.000,00 |

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 2.0

Última Actualización: 24-jun-2026

## 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |

c) En la actualidad: **SI** ⓧ **NO** ◯ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| Angel Rafael Rodriguez Cabrera | **C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯ | 2000023632 |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |

## 3. FIRMA

Firma electrónica:
YANELA INFANTE HERNANDEZ 24/06/2026 18:54:50

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 24-jun-2026

**CIUDAD Y FECHA**

# FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombre: | YANELA  INFANTE HERNANDEZ |
| Identificación: | 883726 |
| Entidad: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
| Cargo: | Contratista |
| Correo: | yanelainfante@gmail.com |
| Tipo declaración: | Para actualizar durante la ejecución del contrato |
| Fecha Declaración: | 24/06/2026 18:55:53 |

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 -  Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el  Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento:  Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA I. | 1. Interés directo |
| DESCRIPCIÓN | Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto |
| NORMATIVIDAD | • C.P.C, art. 126.<br>• Ley 1437 de 2011, art.11.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1.<br>• Ley 1564 de 2012, art 141, num.1. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA I. | 2. Conocimiento previo |
| DESCRIPCIÓN | Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya conocido del asunto en oportunidad anterior |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA I. | 3. Concepto o consejo fuera de la actuación |
| DESCRIPCIÓN | Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya dado consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de la misma, o haya intervenido en esta como apoderado(a), agente del Ministerio Público, perito(a) o testigo(a) |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA I. | 4. Que se haya proferido la decisión sujeta a revisión |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) haya proferido la decisión que está sujeta a su revisión |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA II. | 5. Relación con las partes |
| DESCRIPCIÓN | Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga relación con las partes interesadas en el asunto |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA III. | 6. Heredero o legatario |
| DESCRIPCIÓN | Que él(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea heredero(a) o legatario(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7.<br>Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 13. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA IV. | 7. Amistad o enemistad |
| DESCRIPCIÓN | Que exista enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a) |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA V. | 8. Curador o tutor del interesado |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea curador(a) o tutor(a) de la persona interesada en el asunto |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA VI. | 9. Organización, sociedad o asociación a la cual perteneció o continúa siendo miembro |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea socio(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a) en sociedad de personas |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA VII. | 10. Litigio o controversia |
| DESCRIPCIÓN | Que exista litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA VII. | 11. Decisión administrativa pendiente |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado tenga decisión administrativa pendiente en que se controvierta la misma cuestión jurídica que debe resolver |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA VIII. | 12. Denuncia penal |
| DESCRIPCIÓN | Que alguno de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) haya formulado queja disciplinaria contra el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación disciplinaria |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA VIII. | 13. Denuncia Penal |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya formulado denuncia penal contra una de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a), antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación penal, o estar aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA IX. | 14. Acreedor/ deudor |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea acreedor(a) o deudor(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a), salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA X. | 15. Antiguo empleador |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, dentro del año anterior, haya tenido interés directo o haya actuado como representante, asesor(a), presidente(a), gerente(a), director(a), miembro(a) de Junta Directiva o socio(a) de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado(a) en el asunto objeto de definición |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XI. | 16. Lista de candidatos |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular inscritas o integradas también por el interesado(a) en el período electoral coincidente con la actuación administrativa o en alguno de los dos períodos anteriores |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XII. | 17. Recomendación |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya sido recomendado(a) por el interesado(a) en la actuación para llegar al cargo que ocupa o haya sido señalado por este como referencia con el mismo fin |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XIII. | 18. Relación contractual o de negocios |
| DESCRIPCIÓN | Que alguno de los interesados(as) en la actuación administrativa sea representante, apoderado(a), dependiente, mandatario(a) o administrador(a) de los negocios del servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XIV. | 19. Participación directa |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado hubiere participado en la expedición del acto enjuiciado, en la formación o celebración del contrato o en la ejecución del hecho u operación administrativa materia de la controversia |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XV. | 20. Participación en proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo recurso de anulación |
| DESCRIPCIÓN | Que el(la) juez(a) hubiere intervenido en condición de árbitro(a), de parte, de tercero interesado(a), de apoderado(a), de testigo(a), de perito(a) o de agente del Ministerio Público en el proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo el correspondiente recurso de anulación ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XVI. | 21. Parientes en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso |
| DESCRIPCIÓN | Que el cónyuge, compañero(a) permanente, o alguno de los parientes del juez(a) dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad tengan la condición de servidores(as) públicos(as) o contratistas en los niveles directivos, asesor(a) o ejecutivo(a) en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso en calidad de parte o de tercero interesado |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XVII. | 22. Dádivas |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado reciba o haya recibido dádivas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios incluyendo dinero |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XVIII | 23. Responsables de la Evaluación de Desempeño |
| DESCRIPCIÓN | Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad |
| NORMATIVIDAD | • Decreto Ley 760 de 2005, art. 38. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Advertencia:

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiendo que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:
YANELA INFANTE HERNANDEZ - 24/06/2026 18:55:53

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

NOMBRE: YANELA INFANTE HERNANDEZ

CC: 883726

BOGOTÁ D.C.

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

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

## Certifica que:

***YANELA INFANTE HERNANDEZ***

**CC** ***883726***

## Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

***Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES***

**Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas**

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *martes, 24 de marzo de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

***"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"***

QR de verificación:

BOGOTÁ

## 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** | 2026-06-10, 07:30:14 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | mayo de 2026 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | mayo de 2026 |
| **Empresa** | YANELA INFANTE HERNANDEZ |
| **CEDULA EXTRANJERIA** | CE 883726 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1082718836 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 380638305 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 1.891.800 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 955.500 | $ 4.200 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | $ 746.500 | $ 3.300 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 145.500 | $ 700 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | $ 35.900 | $ 200 |
| | | **SubTotales:** | | $ 1.883.400 | $ 8.400 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 1.891.800 |



**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!