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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ADRIANA PATRICIA MONTAÑA GONZALEZ							NO.	51921343			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E					CELULAR:	3214015760			
CORREO ELECTRONICO:	apmontanasp@gmail.com							UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PAPS ABASTOS USS39			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC							SEDE:	KENNEDY			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	k30	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:				AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570008480292120								PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0750-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 8 DE 11		
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	37003	FECHA	31/08/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC como TERAPEUTA OCUPACIONAL, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	9	2018		30	9	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$33.777.205
VALOR EJECUTADO	$24.565.240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9.211.965
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	$1.228.262,00	$153.533	$196.522	3	$29.920	

Dado en Bogotá en el mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISO R:

ADRIANA PATRICIA MONTAÑA GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CO NTRATISTA

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión Fecha de aprobación Código	9 04/04/2017 GS-GS-FR-0004	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA				**Sede:** KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	0750 2018	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	9	2018		30	9	2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ADRIANA PATRICIA MONTAÑA GONZALEZ		C.C.		51.921.343	DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO:Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC como TERAPEUTA OCUPACIONAL, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE 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
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia segun parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Se realizó 1. Quince segundas visitas a personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras a la estrategia RBC mediante nodos familiares para el empoderamiento en cuidado y autogestión y 15 terceras visitas de seguimiento 2. Cuatro sesiones de fortalecimiento a lideres Bosa 3. Cuatro sesiones desarrollo de capacidades 4. Cuatro sesiones cuidadores 5. Dos sesiones semilleros 6. Cuatro sesiones de fortalecimiento a lideres Kennedy	Se realiza entrega de actas de seguimiento y/o de educacion en salud, canalizaciones y actas de cierre del proceso Se entregan fichas tecnicas, relatorias y listados de asistencia de las acciones desarrolladas con grupos
2. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	SI	Se realizó 1. Quince segundas visitas a personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras a la estrategia RBC mediante nodos familiares para el empoderamiento en cuidado y autogestión y 15 terceras visitas de seguimiento 2. Cuatro sesiones de fortalecimiento a lideres Bosa 3. Cuatro sesiones desarrollo de capacidades 4. Cuatro sesiones cuidadores 5. Dos sesiones semilleros 6. Cuatro sesiones de fortalecimiento a lideres Kennedy	Se realiza entrega de actas de seguimiento y/o de educacion en salud, canalizaciones y actas de cierre del proceso Se entregan fichas tecnicas, relatorias y listados de asistencia de las acciones desarrolladas con grupos
3. Desarrollo de Acciones unidividuales y/o colectivas jornadas y demas acciones requeridas por el Espacio Público.	NO	No se ejecuta esta accion	No se realiza esta accion
4. Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.	NO	No se ejecuta esta accion	No se realiza esta accion
5. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	SI	Se realizó 1. Quince segundas visitas a personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras a la estrategia RBC mediante nodos familiares para el empoderamiento en cuidado y autogestión y 15 terceras visitas de seguimiento	Se realiza entrega de actas de seguimiento y/o de educacion en salud, canalizaciones y actas de cierre del proceso
6. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	Se realizó 1. Quince segundas visitas a personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras a la estrategia RBC mediante nodos familiares para el empoderamiento en cuidado y autogestión y 15 terceras visitas de seguimiento 2. Cuatro sesiones de fortalecimiento a lideres Bosa 3. Cuatro sesiones desarrollo de capacidades 4. Cuatro sesiones cuidadores 5. Dos sesiones semilleros 6. Cuatro sesiones de fortalecimiento a lideres Kennedy	Se realiza entrega de actas de seguimiento y/o de educacion en salud, canalizaciones y actas de cierre del proceso Se entregan fichas tecnicas, relatorias y listados de asistencia de las acciones desarrolladas con grupos
7. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	NO	No se ejecuta esta accion	No se realiza esta accion

Scanned by CamScanner

8. Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formativos según necesidades priorizadas en salud a intervenir	NO	No se ejecuta esta acción	No se realiza esta acción
9. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar las acciones participativas y la movilización social por el derecho a la salud	NO	No se ejecuta esta acción	No se realiza esta acción
10. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las sugerencias del referente del proceso asignado	SI	Se organizan soportes para entrega a la líder de proceso quienes para ser entregados a la SDS en auditoria	Entrega de actas reuniones fichas técnicas y listados de asistencia
11. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Se realiza entrega en físico y magnetico de los productos requeridos	Se realiza el envio de la información mensual y semana
12. Allegar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora a SDS antes de cortes. Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad y de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes	NO	No se ejecuta esta acción	No se realiza esta acción

OBSERVACIONES: NINGUNA

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): $3.071.855= TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

Alvaro Hurtado 3002845

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha (dd/mm/aaaa) Firma del supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la verificación de cumplimiento del contrato que exista el supervisor

Scanned by CamScanner

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 51921343
NOMBRES Y APELLIDOS	Montaña Gonzalez,Adriana Patricia
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	25/01/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Montaña Gonzalez,Adriana Patricia, a los 12 días del mes de septiembre del año 2018.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 12-ago-2016

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ADRIANA PATRICIA MONTAÑA GONZALEZ
IDENTIFICADO CON C.C. Ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 51921343 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección Kra 136 A 151 02 **Teléfonos** 3214015780 5390770

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DANNA GABRIELA CASTRO MONTAÑA	1000078322	HIJO(A)
AMELIA GONZALEZ LARA	41314177	MADRE
NICOLAS DAVID CASTRO MONTAÑA	1000076728	HIJO(A)
ALVARO MONTAÑA WILLIAMS	17187365	PADRE

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	$ 35.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 1.200.000,00
TOTAL	$ 36.200.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	570008480292120	20 DE JULIO	$ 300.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 12-sep-2018

Graciela Rodriguez	Arriendo	$ 790.000,00
Colegios	Pension	$ 700.000,00

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 (X) NO ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
William ENRIQUE CASTRO BELTRAN	C.C(X) C.E( ) T.I( )	79392500

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

Adriana Uribe

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 12-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MONTAÑA	GONZALEZ	ADRIANA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51921343

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 29 MES NOV AÑO 1967

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Kra 136 A 151 02

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 5390770

EMAIL: apmontanasp@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 ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES: NOVIEMBRE AÑO: 1984

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
UN	10	X		SIN REGISTRAR	7	1997	3078

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 R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ingles		X							

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 12-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7560505 EXT. 1211	DIA 31 MES 7 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TERAPEUTA OCUPACIONAL	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	CLL 9 39-46

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL DEL SUR ESE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7560505	DIA 11 MES 9 AÑO 2013	DIA 1 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TERAPEUTA OCUPACIONAL	PIC	CLL 9 39-46

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL CHAPINERO ESE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3499080	DIA 7 MES 2 AÑO 2013	DIA 31 MES 8 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TERAPEUTA OCUPACIONAL	SALUD PUBLICA	CLL 76 20C-96

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización 12-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD: GRANFUNDACION		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3338890	FECHA DE INGRESO: DIA 30 MES 7 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA: PROYECTOS		DIRECCIÓN: CRA. 7 BA-51	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL CHAPINERO ESE		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3499080	FECHA DE INGRESO: DIA 21 MES 8 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO: DIA 22 MES 2 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA: PIC		DIRECCIÓN: CLL 76 20C-95	

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	11
PRIVADO	0	5
PARTICULAR	0	0
TOTAL	8	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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).

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 12-sep-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner