Secretaría Distrital 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	Hospital Vista Hermosa
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	STELLA ESTUPIÑAN GOMEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		SI	1054226302							
CORREO ELECTRONICO:	telis1321@hotmail.com				CELULAR:	3209570890							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PAPS ABASTOS USS 39												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Sur							
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62482410966								PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0517 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 8 DE 11				
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22-08-2018	NÚMERO DE CRP		36821	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de4 PIC, 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			
		1	9	2018		30	9	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.232.426										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$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:	$13.556.686
VALOR EJECUTADO	$9.859.408
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.232.426
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.697.278
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 **$1.953105**, 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
	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	$241.800

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

STELLA ESTUPIÑAN GOMEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	1
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-22-FO-0003

Ubicación del Servicio:	PIC			Sede: PAPS ABASTOS					
No. DE CONTRATO:	0515-2018	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	9	2018		30	9	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	STELLA ESTUPIÑAN GOMEZ			C. C.	1.054.226.302		DE	San Mateo Boyacá		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, 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
Dar cumplimiento a las actividades y metas designadas en plan de acción con base a las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS	SI	Durante el mes de Septiembre se realiza apoyo a la estrategia RBC en la localidad de Bosa, realización de 15 segundas visitas y 15 terceras visitas nodos de familias de personas con discapacidad en las upz 84, upz 86 y upz 87 de la localidad de Bosa.	Se entregan soporte según listados de asistencia y actas.
Desarrollo de acciones itinerantes en el espacio publico	NO	No aplica para este mes	N/A
Participar en la planeacion direccionamiento tecnico y ejecucion de las jornadas locales y distritales y promocion de la salud de acuerdo al cronograma definido por la SDS y la Subred	SI	Jornada	Se entregan soporte según listados de asistencia y actas.
Desarrollar acciones de control social informacion sencibilizacion y educacion seguimiento a la canalizacion	NO	No aplica	N/A
Generar incidencia en la reduccion del daño y gestion frente a problematicas de salud identificadas	SI	Se realiza sensibilizacion y divulgacion dentro de los nodos de las familias visitadas de la estrategia RBC en la upz 84 localidad de Bosa, de igual forma se hace sensibilizacion, fortalecimiento y empoderamiento a lideres RBC de la estrategia en upz 84 localidad de Bosa.	Se entregan soporte según listados de asistencia
implementar actividades ludicopedagogicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderameinto en practicas de cuidado en salud	SI	Se realiza convocatoria y apoyo a las sesiones de grupos conformados de soporte social RBC, 4 sesiones de red de cuidadores, 4 sesiones de fortalecimiento a lideres, 4 sesiones desarrollo de capacidades y 2 sesiones a grupo de jóvenes semilleros de la inclusión.	Se entregan soporte según listados de asistencia
Participar en reuniones de asistencia tecnica programadas por las referentes de la SDS	SI	Reunion SDS	Se entregan según acta, listado de asistencia
Consolidar y fortalecer grupos de lideres pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusion	SI	Durante el mes de Septiembre se realiza fortalecimiento a las familias en la inclusion dentro de la estrategia RBC en la localidad de Bosa.	Se entregan soporte según listados de asistencia
Fortalecer las capacidades de autogestion y liderazgo de personas colectivos grupos organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilizacion social por el derecho a la salud	SI	Se fortalecen familias dento de la estrategia RBC fortalecimiento y empoderamiento en los grupos conformados de la RBC. Articulación con la subdirección de integración social, para casos de intervención nodo familiar.	Se entregan soporte según listados de asistencia
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos a las preauditorias de referente del espacio asignado	SI	Se realiza ajuste de soportes según requerimiento de lideres del espacio publico.	Se entregan soporte según listados de asistencia
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Se entega soportes de acuerdo a cada una de las lineas de intervencion y se aporta a los informes y matrices segun requerimiento.	Se entregan soporte según listados de asistencia
Alistar soporte y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la FIRMA AUDITORA o la SDS entes de control	SI	De acuerdo a revision se ajusta a requerimientos ajustados.	Se entregan soporte según listados de asistencia
Asumir al 100% la glosa generada por la firma Interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad oportunidad o de otra indole que tenga responsabilidad el contratista	NO	No aplica para el mes de Septiembre	N/A

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.232.426 (UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROSCIENTOS VEINTE Y SEIS PESOS M/CTE)

C.C 1054226302

HOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA STELLA ESTUPIÑAN GOMEZ

Fecha : diligenciarea Fecha de recibido supervisor

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

Scanned by CamScanner

medimás EPS

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora STELLA ESTUPIÑAN GOMEZ , identificada con Cédula Ciudadanía 1.054.226.302, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	STELLA ESTUPIÑAN GOMEZ		
Número de identificación:	1054226302	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CALLE 57 SUR 87B 43	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	5756050	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1054226302	Estupiñan Gomez Stella	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1050092753	TI	YALID XIMENA BARRERA ESTUPIÑAN	01/08/2017	VIGENTES		HIJO

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 14 días del mes de Septiembre de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones
Elaboro:

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: 30-jul-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: SUBRED SUR OCCIDENTE	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: epublicosuroccidente@gmail.com	
TELÉFONOS: 3754019	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA 29 MES 7 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: GESTORA Y AGENTE DE CAMBIO	DEPENDENCIA: SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN: Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL PABLO SEXTO BOSA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: serv_ciudadano@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS: 7799800	FECHA DE INGRESO: DIA 14 MES 7 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO: DIA 15 MES 8 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: AGENTE DE CAMBIO	DEPENDENCIA: SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN: CL. 60B Sur #77- 51.	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL PABLO SEXTO BOSA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: serv_ciudadano@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS: 7799800	FECHA DE INGRESO: DIA 15 MES 4 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 7 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: CUIDADORA	DEPENDENCIA: SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN: CL. 60B Sur #77- 51.	

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	6	2
PRIVADO	0	0

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 30-jul-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ESTUPIÑAN	GOMEZ	STELLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1054226302

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 1 MES ENE AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD San Mateo

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CLL 57SUR 87B 43

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá, D.C. TELEFONO 5756050

EMAIL telis1321@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 DICIEMBRE AÑO 2005
										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*
TC	4	X		NORMALISTA SUPERIOR CON ÉNFASIS EN CIENCIAS NATURALES Y EDUCACIÓN	12	2007	

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: 30-jul-2018

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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	2

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá, 29 de julio 2018

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACION

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: 30-jul-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, STELLA ESTUPIÑAN GOMEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1054226302 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá, D.C.
Dirección CLL 57SUR 87B 43 **Teléfonos** 3209570890 5756050

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
YALID XIMENA BARRERA ESTUPIÑAN	1050092753	HIJO(A)
MARIA ALCIRA GOMEZ BONILLA	24029663	MADRE
MANUEL ESTUPIÑAN OVIEDO	1135601	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	$ 14.789.112,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 14.789.112,00

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	AHORROS	62482410966	SOACHA	$ 1.980,00

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
ARRENDADOR	ARRIENDO	$ 400.000,00

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: 30-jul-2018

APORTES EN LINEA	SALUD, PENSION, ARL	$ 241.800,00
EMPRESAS PUBLICAS	SERVICIOS PÚBLICOS	$ 150.000,00
SUPERMERCADOS	MERCADO, ÚTILES DE ASEO Y DEMA	$ 400.000,00

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

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 DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 30-jul-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner