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
Fecha de aprobación	09/11/2016
Código:	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIANA ANDREA CABEZA SANABRIA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52728935	
CORREO ELECTRONICO:	Lilianaandreita1699@gmail.com				CELULAR:	3043824404	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					CENTRO GERIATRICO ABASTOS SU39		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Sur	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%
	K 30	100%

ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	450170027509			PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4144 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 5 DE 8	
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	39347	FECHA	31/08/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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.						

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	1	9	2018	HASTA	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:	$24.360.530
VALOR EJECUTADO	$15.148.565
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9.211.965
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	62%

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
1014661315	$1.228.266,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

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 SUPERVISOR:

LILIANA ANDREA CABEZA SANABRIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC		Sede: PAPS ABASTOS						
No. DE CONTRATO:	4144/2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIANA ANDREA CABEZA SANABRIA		C. C.	52.728.935		DE	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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
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 pertinenciasegun parametros 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	Durante el mes de Septiembre se da cumplimiento con las actividades designadas según los lineamientos dados por la SDS, ya que se dió inicio a la implementación de la estrategia de Servicios de acogida en las Localidades de Bosa, Puente Aranda, Kennedy y Fontibón. Se realizaron tamizajes de VIH/Sifilis, Asesorías en Salud Sexual y Reproductiva, identificación de sintomáticos respiratorios y desarrollo de espacios comunitarios.	Fichas técnicas, actas, formatos DIME, formatos de activación de ruta, formato de asesoría individual en SSR, listados de asistencia e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	SI	Se realizaron los respectivos productos como lo son: Fichas técnicas, actas, formatos DIME, formatos de activación de ruta, formato de asesoría individual en SSR, listados de asistencia e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud	Fichas técnicas, actas, formatos DIME, formatos de activación de ruta, formato de asesoría individual en SSR, listados de asistencia e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Desarrollo de acciones itinerantes en el Espacio Público, 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	SI	Durante el mes de Septiembre se participó en las jornada de toma de localidad realizadas en la localidad de Kennedy y fontibon septiembre de 2018.	Fichas técnicas, actas, listados de asistencia e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización, generar incidenci en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	SI	En el mes de Septiembre se realizó seis formatos de activación de ruta.	Formato de activación de ruta
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	Se implementaron actividades lúdico-pedagógicas participativas con la población priorizada Habitante de calle o Consumidora de SPA dentro de la estrategia Servicios de Acogida.	Fichas técnicas, actas, listados de asistencia, e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud.	SI	En el mes de Septiembre de 2018 participe en las reuniones de fortalcimiento del equipo.	Listados de asistencia técnica
Consolidad y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	SI	Se concertan y se consolidan grupos para la ejecución de las estrategia de Servicios de Acogida.	Fichas técnicas, actas, listados de asistencia, e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderzgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	SI	Se realiza procesos de convocatorias a la población en las cuatro localidades con el fin de invitarlos a la participación de las actividades realizadas.	Fichas técnicas, actas, listados de asistencia, informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente de espacio asignado.	SI	Organización de soportes de acuerdo a lo establecido en el lineamiento y las indicaciones por parte de la subred suroccidente de espacio público	Se presentaron los soportes y se efectuaron los cambios y/o sugerencias según lo informado por la refencia de espacio público
Relizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Durante el mes de Septiembre de 2018 se entregan los informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.	Envío de informes de acciones desarrolladas en la Subred e informes
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control.	SI	Se presentaron los soportes debidamente diligenciados y organizados según lineamientos.	Entrega de AZ con soportes en la línea de intervención de Barrios Promotores. Entrega de soportes a líderes de proceso en las acciones que se apoyaron.
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Esto es según la adquisicion de la poliza de responsabilidad civil.	Entrega de AZ con soportes en la línea de intervención de acciones itinerantes y monitoreo y balance. Entrega de soportes a líderes de proceso en las acciones que se apoyaron.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS MCTE ($3.070.655)

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LILIANA ANDREA CABEZA SANABRIA C.C. No. 52728935

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibo supervisor

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-09-05, 10:02:01 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1014661315

Periodo Cotización: septiembre de 2018 **Periodo Servicio:** septiembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8890795970

PAGADO 05/09/2018

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LILIANA ANDREA CABEZA SANABRIA		
Documento	CC52728935	**Dirección**	av cra 80 8 c 85
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3043824404
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CABEZA SANABRIA LILIANA ANDREA	**Identificación**	CC 52728935
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
52728935	LILIANA ANDREA CABEZA SANABRIA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1,228,200	$ 196,600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1,228,200	$ 153,600	2.436	$ 1,228,266	$ 30,000	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380,200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,228,266	$ 1,228,266	$ 1,228,266	$ 0	$ 196,600	$ 153,600	$ 30,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380,200	$ 0	$ 380,200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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: 13-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LILIANA ANDREA CABEZA SANABRIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52728935 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección AK 80 08 C 35 BL 9 APT 235 **Teléfonos** 3043824404 9070551

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUIS ERNESTO CABEZAS PARRA	19290705	PADRE
BLANCA LILIA SANABRIA BELTRAN	51605604	MADRE
PAULA ANDREA GARCIA CABEZA	1010247514	HIJO(A)
TOMAS ANDRES ENCISO CABEZA	1029060332	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	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 30.886.104,00
TOTAL	$ 30.886.104,00

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	450170027509	TUNAL	$ 1.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	KIA PICANTO PLACA DZW693	$ 35.200.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

DAVIVIENDA	CREDITO LIBRE INVERSION	$ 80.000.000,00
FINANZAUTO	COMPRA VEHICULO	$ 30.000.000,00

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** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

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. 13-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

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: 13-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CABEZA	SANABRIA	LILIANA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52728935

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 3 MES FEB AÑO 1982

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

AK 80 08 C 35 BL 9 APT 235

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9070551

EMAIL lilianaandreita16@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 EN CIENCIAS MODALIDAD:
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1998
										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*
UN	8	X		ENFERMERO (A)	8	2011	29821

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: 13-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*
SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 14 MES 3 AÑO 2016	DIA 16 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA CPS 4892/2016	SUBDIRECCION PARA LA INFANCIA	CARRERA 7 32 16

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 14 MES 1 AÑO 2016	DIA 26 MES 2 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA CPS 12992/2015	SUBDIRECCION PARA LA INFANCIA	CARRERA 7 32 16

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	integracion@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 3 MES 11 AÑO 2015	DIA 20 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA CPS 12992/2015	SUBDIRECCION PARA LA INFANCIA	CARRERA 7 32 16

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	2	2
PRIVADO	0	0