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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA GUSTIN MORERA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1061753809						
CORREO ELECTRONICO:	morera.andrea30@gmail.com				CELULAR:	3228376050						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBÒN											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBÒN FO09						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K 32	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	045736001								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5737 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 1 DE 3			
NÚMERO DE CDP	1595	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	43649	FECHA	30/09/2018				
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales especializados 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.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	10	2018		31	10	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.747.240										
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:	$11.241.720
VALOR EJECUTADO	$3.747.240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.747.240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7.494.480
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33,33%

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
30611438	$1.500.000,00	$189.400	$242.400	3	$37.000	**$468.800**

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

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAOLA ANDREA GUSTIN MORERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**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:	VIGILANCIA SALUD PÚBLICA			**Sede:** FONTIBÒN						
No. DE CONTRATO:	5737 - 2018	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA GUSTÍN MORERA			**C. C.**		1.061.753.809		**DE**	POPAYÁN	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados 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 X NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Elaborar Plan de acciòn correspondiente al subsistema asignado y realizar seguimiento mensual.	SI	Se realizaron intervenciones epidemiologicas de campo de alto impacto, correspondiente a la meta de octubre y los cierres pendientes del mes de septiembre.	IEC registradas e informes de cierre correspondientes al segundo control.
Diligenciamiento de la matriz del proyecto de inversiòn correspondiente, de forma mensual con criterios de calidad, oportunidad, veracidad y completitud.	NO	No se programaron actividades de acuerdo a las obligaciones contractuales.	No aplica
Analizar, depurar y mantener actualizada la base de datos del Sistema de vigilancia Epidemiològica bajo su responsabilidad, cumpliendo con criterios de calidad.	SI	Se realiza retroalimentación de eventos 113 de alto impacto efectivos y descartados a través del drive. Se participó en las jornadas semanales de depuración de menores, gestantes y adulto mayor .	Diligenciamiento semanal en el drive de retroalimentación evento 113 alto impacto. Actas de depuracion
Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la informaciòn obtenida.	SI	Reunión equipo SISVAN de la Subred los días 10 de octubre. Reunion comité tecnico SAN 2 de octubre.	Acta de participación y listado de asistencia.
Participar y convocar unidades de anàlisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado.	NO	No se programaron de acuerdo a las obligaciones contractuales.	No aplica
Coordinar, articular y generar la activaciòn de rutas con otros profesionales del àrea, del sector y de la red sur occidente , que intervengan, estudien y atiendan los eventos y poblaciòn de interès.	SI	Se realizaron activaciones de ruta de eventos 113 de alto impacto realizadas.	Correo electrónico impreso adjunto a la IEC de alto impacto.
Realizar la orientaciòn y asistencia tècnica a la UPGD con el conocimiento e informaciòn correspondiente al sistema de vigilancia asignado segùn programaciòn y necesidad.	NO	No se programaron de acuerdo a las obligaciones contractuales.	No aplica
Elaborar las actas, informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a criterios establecidos aportando al anàlisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad.	SI	Se realizaron las actas e informes sobre los eventos 110, 113 y 591, más los indicadores nutricionales de lactancia materna y desnutrición aguda moderada y severa para la subred correspondientes al mes de septembre.	Correos de informes e indicadores con el correspondiente archivo adjunto.
Responder a las disponibilidades y a la activaciòn de urgencias y emergencias en salud pùblica cuando se requiera de acuerdo a programaciòn en forma integral y oportuna.	NO	No se programaron de acuerdo a las obligaciones contractuales.	No aplica
Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la institución y la Secretaría Distrital de Salud o cualquier otra entidad que sean de estricto cumplimiento.	SI	Participaciòn en el conversatorio del proceso de fortalecimiento del conocimiento realizado de forma semanal.	Acta de participaciòn y listado de asistencia.
Realizar las actividades programadas de manera mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y entregar los soportes de ejecuciòn, datos e informaciòn requeridad de manera semanal.	SI	Se realizan IEC de alto impacto iniciales: 2 BOSA - 2 KENNEDY. Control y cierre de tres IEC del mes de septiembre: 2 BOSA y 1 KENNEDY.	Soportes de IEC en fisico de la meta asignada.
Realizar preauditoria de soportes fisicos, seguimiento telefònico y concurrente brindando acompañamiento tècnico a cada uno de los operativos y generaciòn planes de mejoramiento.	SI	Se realizó preauditoria correspondiente	Acta
Participar en la formulaciòn, elaboraciòn y desarrollo de investigaciones de caràcter cientifico sobre los eventos especificos y poblaciòn de estudio de la localidad, analizando las *variables de salud, condiciones socioeconòmicas, culturales y ambientales para direccionar las acciones en salud pùblica.*	NO	No se programaron de acuerdo a las obligaciones contractuales.	No aplica
Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas que garanticen la operaciòn eficiente de área y fomentarlo para el cumplimiento de la misiòn de la entidad.	SI	Se realizan reuniones mensuales de evaluación de acciones y se establecen acciones de mejora pertinentes.	Actas de reunion y listados de asistencia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS ($ 3.747.240)

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

PAOLA ANDREA GUSTÍN MORERA C.C 1061753809 de Popayán

Fecha: 16/10/2018

Firma de recibido supervisor:

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061753809	PAOLA ANDREA GUSTIN MORERA	Calle 56 # 16 - 34	3003040523	andreita9230@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
			2018/10/16	3727119365	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-09	I	16/10/2018	30611438	$468.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	187.500	0		0		0	13	1.900	0	189.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	240.000	0	0	0	0	13	2.400	0	242.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	36.600				36.600	13	400	37.000			366	37.000	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	187.500	189.400
Pensión	1	240.000	242.400
Riesgos Laborales	1	36.600	37.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.100	468.800

PAGADA
30611438

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061753809	PAOLA ANDREA GUSTIN MORERA		Calle 56 # 16 - 34	3003040523	andreita9230@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-09	I	16/10/2018	30611438	$468.800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Económico	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1061753809	GUSTIN MORERA PAOLA ANDREA	59	0			N																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS005	1.500.000	187.500	14-28	1.500.000	3	36.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 1061753809
NOMBRES Y APELLIDOS	Gustin Morera,Paola Andrea
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	26/08/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gustin Morera,Paola Andrea, a los 17 días del mes de octubre 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.

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14450682051

(415)7707212489984(8020) 000001445068205 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1061753809	5	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1061753809	20 01 12 06

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Cauca 19	Popayán 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUSTIN	MORERA	PAOLA	ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 56 16 34 AP 403

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
andreita9230@hotmail.com	111311	3003040523	3228376050

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	20150302					2229	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	20																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2018 06 15

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GUSTIN MORERA PAOLA ANDREA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.061.753.809

GUSTIN MORERA

APELLIDOS

PAOLA ANDREA

NOMBRES



FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1992
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-DIC-2010 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1100100-00750604-F-1061753809-20101021 0047101497G 2 T1063481836

CERTIFICACIÓN CUENTA

Banco AV Villas
Lo Que Quieres Tener

BANCO COMERCIAL
"AVVILLAS"
NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que PAOLA ANDREA GUSTIN MORERA identificada con el documento No. 1061753809 posee en la oficina CIUDAD MONTES (046) una cuenta movil No 045736001 desde el 06 de febrero de 2017.

FECHA DE EXPEDICION: 2018/10/16

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **PAOLA ANDREA GUSTIN MORERA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,061,753,809**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Octubre de 2018.

Gerente de Clientes

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 DEFINITIVO DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-oct-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GUSTIN	MORERA	PAOLA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1061753809

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES OCT AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Cauca

CIUDAD Popayán

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 56 # 16 - 34 APARTAMENTO 403

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9060265

EMAIL morera.andrea30@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 ACADÉMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES JULIO AÑO 2009
										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	9	X		NUTRICIONISTA-DIETISTA	9	2015	05863
MG	4		X	MAGISTER EN SALUD PUBLICA			

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
Ingles			X			X			X

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: 16-oct-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	2	3

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 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

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.

Bogotá 16-10-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-oct-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, PAOLA ANDREA GUSTIN MORERA **No.** 1061753809 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **Municipio** Bogotá D.C.

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Teléfonos** 3228376050 9060265

Dirección CALLE 56 # 16 - 34 APARTAMENTO 403

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
INÉS DEL SOCORRO MORERA RUÍZ	30712875	MADRE
JESÚS EDUARDO GUSTÍN MORERA	12983035	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	$ 26.854.648,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 26.854.648,00
TOTAL	

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
GRUPO AVAL AV VILLAS	AHORROS	045736001	BOGOTA D.C.	$ 10.000,00

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