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	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR IRENE HOLGUIN ROJAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52302370							
CORREO ELECTRONICO:	ireneholguin1377@gmail.com				CELULAR:	3202365060							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SU 44												
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	%	
	K 28	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9700131726										PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	562			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 8 DE 8		
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	38858	FECHA	31/08/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencia 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 reconocimiento institucional.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	9	2018		30	9	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:	$41.219.640
VALOR EJECUTADO	$29.977.929
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.747.240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$11.241.711
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
	$1.498.896,00	$187.400	$239.900	3	$36.600	**$463.900**

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

SANDRA MIREYA RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

FLOR IRENE HOLGUIN
FLOR IRENE HOLGUIN ROJAS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	

Ubicación del Servicio:	ESPACIO TRABAJO			**Sede:** SUR						
No. DE CONTRATO:	562	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	18		30	9	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR IRENE HOLGUIN ROJAS		**C. C.**	52.302.370			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencia en el area de PIC , dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADAS 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 X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lienamientos, standares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos en el lineamiento del componente, espacio y/o proyectos especiales, acciones de inspección, vigilancia y control, redes, mesas, consejos, portafolios de servicios de la institución cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sured Suroccidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Se realiza intervencion a las utis tipo alta con respecto a peligros identificados cumpliendo con las especificaciones de los lineamientos del espacio trabajo.Reunion equipo tablero de indicadores 3/09/2018 Preauditoria.08/09/2018 Reunión equipo trabajo 21/09/2018 reunion grupo funcional de juventud	Formatos de UTIS diligenciados UTIS 112. Asesorias número uno 23 UTIS y 24 UTIS asesoria 2 y asesoria 3 utis 41 de cierres 24 en la localidad de BOSA. Actas de reunión y listados de asistencia Tablero de indicadores Formatos de UTIS diligenciados
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de acción con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS-Sub Red Suroccidente.	SI	Se realiza intervencion a las utis tipo alta con respecto a peligros identificados cumpliendo con las especificaciones de los lineamientos del espacio trabajo.Reunion equipo tablero de indicadores Preauditoria. Reunión equipo trabajo	Formatos de UTIS diligenciados UTIS 112. Asesorias número uno 23 UTIS y 24 UTIS asesoria 2 y asesoria 3 utis 41 de cierres 24 en la localidad de BOSA. Actas de reunión y listados de asistencia Tablero de indicadores Formatos de UTIS diligenciados
Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento	NO	No se realizo esta actividad en el mes de septiembre	No aplica
participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la ESE como por la Subred Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignada.	NO	No se realizo esta actividad en el mes de septiembre	No aplica
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones a los servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y el POS	NO	No se realizo esta actividad en el mes de septiembre	No aplica
Alistar soportes y presentar auditoria tanto en la subred sur occidente como la firma auditora o secretaria	SI	Se presento soportes diligenciados a la lider de espacio trabajo y se apoyo a la presentacion de los mismos para la respectiva revisión..	Formatos de UTIS diligenciados UTIS 112. Asesorias número uno 23 UTIS y 24 UTIS asesoria 2 y asesoria 3 utis 41 de
Notificar todos los eventos de interes en salud pública	NO	No se realizo esta actividad en el mes de agosto	No aplica
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus derechos y deberes en seguridad social en salud	SI	A través de asesorias en UTIS de riesgo alto se asesora al 100% de los trabajadores en el tema de peligro biomecanico, quimico, biologico, fisico y otros, ATEL	Formatos de UTIS diligenciados UTIS 112. Asesorias número uno 23 UTIS y 24 UTIS asesoria 2 y asesoria 3 utis 41 de
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Se entregan soportes de UTIS de alto impacto a lider del espacio.	Formatos UTIS, actas y listados
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido a corde a las preauditorias del referente del espacio asignado	SI	Se realiza ajuste a formatos según lo informado por lider para mejorar la calidad de la informacion.	Actas
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	correos de envio de información solicitada a referente de espacio para elaboración de tablero de indicadores, matriz entre otros informes solicitados.	Correos, tablero de indicadores
Asumir el 100% de glosa generada por firma interventora, al determinar inconsistencia en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad o de otra indole en la que tenga	NO	No se presento ninguna glosa.	No aplica
Participar en procesos de induccion y reinducción.	SI	No se realizo esta actividad en el mes de septiembre	No aplica
Participar en reuniones convocadas por la SDS a nivel local y por la institucion.	SI	Se participa en reunion del equipo y las requeridas por el espacio.	Actas y listados de asistencia
Mantener organizado el archivo institucional bajo su responsabilidad, de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	Se presenta los soportes organizados a la lider del espacio	Formatos UTIS, actas y listados
Velar por el buen uso de los equipos y elementos suministrados por la institución.	SI	Se hace buen uso de los elementos y equipos entregados por la institucion.	Actas y listads de asistencia
dar respuesta oportuna a queja, reclamo o derechos de peticion tanto internos como externos corresponsables a su actividad.	NO	No se realizo esta actividad en el mes	No aplica

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (1) FOLIO APORTES SALUD, PENSIÓN Y ARL (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

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

FLOR IRENE HOLGUIN ROJAS

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 16 de Septiembre de 2,018

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad INDEPENDIENTE - APORTE 2%, con la siguiente información :

No. de Identificación	: 52302370
Nombre	: FLOR IRENE HOLGUIN ROJAS
Fecha de Afiliación a CCF	: 2017/10/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

No se encontraron beneficiarios inscritos a cargo del trabajador.

La presente certificación se expide con destino a red suroccidente y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Sandra Liliana Guzmán B.

GESTIÓN DE VINCULADOS
Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA

ISO 9001 icontec

IQNet

FOR-PSA-0111

Caja de Compensación Familiar COMPENSAR Comunicaciones
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
VIGILADO

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HOLGUIN ROJAS FLOR IRENE** identificado(a) con **CC** número **52.302.370** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de diciembre de 2000 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de septiembre de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

20180918084400

ARL | sura

Medellín, 18 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que FLOR IRENE HOLGIN ROJAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 52302370 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 24/05/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE
SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL **CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436% **CENTRO DE TRABAJO:** 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3 **CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:** 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL **CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101 **CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

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:C523023701826131870

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 18/09/2018 8.51 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Bosa

SIDEAP

Última Actualización: 16-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
HOLGUIN	ROJAS	FLOR IRENE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52302370

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 7 MES FEB AÑO 1976

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

diagonal 15a 99 34

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4788344

EMAIL ireneholguin1377@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 en promoción de la comunidad con
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1994
										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*
ES	2	X		ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL	5	2010	52302370

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

Fondo de Desarrollo Local Bosa

SIDEAP

Última Actualización: 16-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: HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: ireneholguin1377@gmail.com	
TELÉFONOS: 6583030	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 3 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 1 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: CARRERA 6 119 14	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7799800	*FECHA DE INGRESO*: DIA 7 MES 5 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 5 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: PROFESIONAL EN SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: CARRERA 77I BIS 69B 76 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 5460600	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 5 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 11 MES 11 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: DOCENTE DE PRACTICA	*DEPENDENCIA*: FISIOTERAPIA	*DIRECCIÓN*: AVDA CIRCUNVALAR 60 00	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Bosa

SIDEAP

Última Actualización: 16-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: HOSPITAL MILITAR CENTRAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3486868	*FECHA DE INGRESO*: DIA 29 MES 2 AÑO 2008	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 4 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO: FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA*: REHABILITACION	*DIRECCIÓN*: TRASVERSAL 3 49 02	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA PARTENON	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 4306746	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: FISIOTERAPEUTA INTEGRAL	*DEPENDENCIA*: REHABILITACION	*DIRECCIÓN*: CARRERA 74 76 65	

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	3	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	5

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).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Bosa

SIDEAP

Última Actualización: 16-sep-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FLOR IRENE HOLGUIN R

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

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

Fondo de Desarrollo Local Bosa

SIDEAP

Última Actualización: 18-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FLOR IRENE HOLGUIN ROJAS

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52302370 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección diagonal 15a 99 34 **Teléfonos** 3202365060 4788344

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SERGIO ALEJANDRO GOMEZ HOLGUIN	1016952308	HIJO(A)
SALOME GOMEZ HOLGUIN	1016960614	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	$ 32.740.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 32.740.000,00

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	AUTOMOVIL	$ 23.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
CREDITO	VIVIENDA	$ 30.000.000,00
TARJETA	CREDITO	$ 4.000.000,00

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

Fondo de Desarrollo Local Bosa

SIDEAP

Última Actualización: 18-sep-2018

BANCO CAJA SOCIAL	CREDITO LIBRE INVERSION	$ 2.500.000,00

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
WILSON GOMEZ SANTUARIO	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	80025151

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

FLOR IRENE HOLGUIN

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-sep-2018

CIUDAD Y FECHA