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:	GIRLESA EMILSEN VARGAS ARIAS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		SI	42974068	
CORREO ELECTRONICO:	girlezavargas1409@hotmail.com				CELULAR:	3002882592	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS PAPS ABASTOS		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	PABLO VI	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo					%	
	K30					100%	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:		AHORROS	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62441938654					PENSIONADO	NO

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3281- 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 11		
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	38841	FECHA	31/08/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo 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	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
		$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:

GIRLESA EMILSEN VARGAS
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:	PIC			**Sede: PABLO VI**						
No. DE CONTRATO:	3281-2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GIRLESA EMILSEN VARGAS ARIAS		**C. C.**		42.974.068	**DE**		MEDELLIN	

OBSERVACIONES:Prestar serviciosde Apoyo a la gestion Administrativa y-o asistencial en el area PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	G	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento a las actividades y metas designadas en plan de accion con base a las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS	SI	Durante el mes de SEPTIEMBRE se implementara desde RBC Salud Mental, como parte de la respuesta para garantizar el ejercicio pleno de los derechos a la salud mental de la poblacion colombiana basado en la atencion primaria,la salud familiar y comunitaria y la gestion en riesgo en salud. en las localidad de BOSA. KENNEDY.FONTIBON.PUENTE ARANDA donde se continua con el nodo familias de poblacion con transtorno mental con empoderamiento de cuidado y autogestion inclusion social . Se continuan con los grupos de Fortalecimiento a Lideres promotores de la salud,Fortalecimiento de la Red de familias cuidadoras del transtorno mental,Desarrollo de competencia-habilidades para la vida, en las cuatro localidades	Se entregan actas, listados de asistencia, formatos de recoleccion, fichas tecnicas
Desarrollo de acciones itinerantes en el espacio publico	NO	NO aplica para el mes de SEPTIEMBRE	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 Locales y Distritales Programadas mes de SEPTIEMBRE	Se entregan listados de asistencia
Desarrollar acciones de control social informacion sencibilizacion y educacion seguimiento a la canalizacion	SI	Si aplica para el mes de SEPTIEMBRE	Actas control social
Generar incidencia en la reduccion del daño y gestion frente a problematicas de salud identificadas	SI	Se abordan grupos para Lideres promotores de la salud,fortalecimiento de la red de familias cuidadoras del transtono mental y desarrolo de competencias-habilidades para la vida, en las localidades de Bosa,Kennedy-Fontibon-Puente Aranda. se realizan visitas domiciliarias de poblacion con transtorno mental sus familias cuidadores-as para promover el desarrollo de habilidades para la autogestion-donde permita identificar necesidades y tomar decisiones implementar la RBC	Se entregan actas, listados de asistencia, formatos de recoleccion, fichas tecnicas
implementar actividades ludicopedagogicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderameinto en practicas de cuidado en salud	SI	para el mes de SEPTIEMBRE se implementan acitividades ludico pedagogicas que ayudan a un aprendizaje mas dinamico y efectivo	Se entregan actas, listados de asistencia, formatos de recoleccion, fichas tecnicas
Participar en reuniones de asistencia tecnica programadas por las referentes de la SDS	SI	Se asiste a la reunion de equipo comunidades para fortalecimiento de trabajo en campo y a reunion de equipo comunicaciones para Elaboracion de pieza comunicativas incluyentes dentro de la estrategia RBC para las modalidades de Lideres y cuidadores ,reunion con el equipo de Gobernanza para socializacion de implementacion iniciativa RBC en las cuatro localidades e informacion sobre la Jornada Salud,cuidado y Discapacidad.	Se entregan actas y listados de asistencia.
Consolidar y fortalecer grupos de lideres pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusion	SI	Durante el mes de SEPTIEMBREse implementan grupos en las modalidades de lideres y cuidadores de poblacion con ranstorno mental en las localidades de BOSA.KENNEDY.FONTIBON-PUENTE ARANDA con el fin de fortalecer conceptos en RBC , desarrollo de competencias-habilidades para la vida y practicas de cuidado y autogetion para mejorar su calidad de vida.	Se entregan actas y 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 movilizcion social por el derecho a la salud	SI	se fortalecen los grupos de RBC mediante ejercicios de participacion,autonomia ,unidades productivas y comunicación incluyente ,ademas se genera articulacion intersectorial para fortalecimiento de redes al interior de los grupos desde la estrategia de RBC.Gestion integrada para la Salud Mental	Se entregan actas y listados de asistencia.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos a las preauditorias de referente del espacio asignado	SI	se realizara ajustes de soporte según requerimiento de lideres del espacio publico RBC.Gestion integrada de la Salud Mental.	ajustes a productos
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Se entregan soportes de acuerdo a cada una de las intervenciones de RBC. Salud Mental en los diferentes espacios de participacion de las localidades. Se aporta a los informes y matrices según requerimiento.	Se entregan aportes a informes y matrices según requerimiento.
Alistar soporte y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la FIRMA AUDITORA o la SDS entes de control	NO	NO APLICA PARA EL MES DE SEPTIEMBRE	N/A
Asumir al 100% la glosa generada poor la firma interventora al determinar inconsistencias rn 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 CUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE)

Girlesa Emilsen Vargas 42974068

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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VARGAS ARIAS GIRLESA EMILSEN** identificado(a) con **CC** número **42.974.068** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de junio de 1998 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 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

20180917111095

ARL | sura

Medellín, 17 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que GIRLESA EMILSEN VARGAS ARIAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 42974068 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 14/01/2017 **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:C4297406818260403 65

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: 17/09/2018 11.12 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GIRLESA EMILSEN VARGAS ARIAS identificado(a) con CC 42974068 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**13/07/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 13 días del mes de septiembre del año 2018 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VARGAS	ARIAS	GIRLESA EMILSEN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 42974068

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 10 MES JUL AÑO 1956

PAÍS Colombia

DEPTO Antioquia

CIUDAD Medellín

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KRA 80B BIS 59 52

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3123130754

EMAIL danigirleza@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 JULIO AÑO 2012
										X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-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 PABLO VI	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* No especifica
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DIA 6 MES 6 AÑO 2008		*FECHA DE RETIRO* DIA 11 MES 11 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO AGENTE DE CAMBIO	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA TERRITORIO 2DOS		*DIRECCIÓN* CARRERA 77I BIS 69 B 76 SUR

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	5	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-sep-2018

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

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GIRLESA EMILSEN VARGAS ARIAS

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 42974068 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección KRA 80B BIS 59 52 **Teléfonos** 3123130754 3123130754

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DANIELA OCAMPO VARGAS	1022322832	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	$ 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	62441938654	SOACHA	$ 0,00

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

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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: 17-sep-2018

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. 17-sep-2018

CIUDAD Y FECHA