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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARLOS ANDRES MENDES HERNANDEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1033759642							
CORREO ELECTRONICO:	andrs_0126@outlook.com				CELULAR:	3142515757							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UNIDAD KENNEDY												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	INVENTARIOS				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R140	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870438514								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-3539			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7			
NÚMERO DE CDP	1230	FECHA	23/07/2018	NÚMERO DE CRP		34671	FECHA	31/07/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	**prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en la direccion administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED 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	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

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:	$9.110.000
VALOR EJECUTADO	$9.110.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 $1.953.1053, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4236048034	$781.242,00	$98.700	$126.300	3	$19.300	**$244.300**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de AGOSTO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

DAVID VARGAS QUINTERO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

Andres Mendes
CARLOS ANDRES MENDES H
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:	ALMACEN			**Sede:KENNEDY**						
No. DE CONTRATO:	3539	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.018		31	8	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARLOS ANDRES MENDES HERNANDEZ		**C. C.**	1.033.759.642			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en la direccion administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar la recepcion, almacenamiento, organización y distribucion de los elementos que se adquieran y correspondan a las especificaciones detalladas en las ordenes de compra y contratos celebrados por el hospital con todas las especificaciones tecnicas correspondientes.	programado	Se realizaron las correspondientes recepciones, almacenamientos, y distribuciones de los productos celebrados en los presentes contratos del hospital.	Se entrega la correspodiente facturacion, ingresos y salidas para su correspondiente supervision y posterior archivo.
Cotejar las solicitudes de pedido con el stock montados para controlar las salidas a los diferentes servicios.	programado	Se cotejo las solicitudes de pedido con los stocks montados por el supervisor de almacen a las diferentes areas de servicio.	Se hizo el inventario correspondiente y posteriores inventarios aleatorios.
Ejecutar los cronogramas de entregas de los pedidos y organizar las solicitudes que se realizan con los proveedores.	programado	Se ejecuto cronograma establecido para las correspondientes entregas a las areas y recepciones de proveedores	Se hizo recepcion de mercancia por parte de los proveedores en el almacen .
Apoyar en la coordinación de la asignacion racionalizacion y utilizacion de los recursos disponibles.	programado	Se realizo el apoyo en coordinación con la utilizacion de los recursos disponibles en la subred	Se entregan Actualizaciones diarias de la contratacion en el sistema con sus correspondientes adiciones, prorrogas y demas
Mantener la bodega en excelente estado y organización.	programado	Se mantiene la bodega en el estado que la organización lo permite	Se registro la recepcion de correspondencia al almacen.
Legalizar los comprobantes de acuerdo a las	programado	Se legaliza comprobantes de acuerdo a las necesidades de la	Los documentos al dia con su
Entregar toda la documentacion al tecnico del almacen.	programado	Se recepciona la documentacio para su correspondiente tramite.	Se entrego facturacion a personal de bodega para el posterior alistamiento y entrega a las areas de servicio.
Coadyudar al cumplimiento de la gestion institucional mediante el cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los procesos del area	programado	Se coadyudado a sacar los procesos adelante en el almacen.	Se entregan los procesos del almacen
Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional	programado	Se ha garantizado el cuidado oportuno del patrimonio institucional y/o activos.	Se entrega activos y patrimonio institucional en excelente estado.
Desarrollar de manera activa el plan de manejo de gestion documental	programado	Se mantiene el orden establecido al plan de ordenamiento y gestion documental.	Se entrega gestion documental en su correspondiente orden.
Las demas que sean asignadas y que sean inherentes a las actividades	programado	Se lleva el proceso de acuerdo a lo establecido por el lider del area.	Se entrega proceso en total cumplimiento.

TOTAL A PAGAR MILLON DOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS $ 1,250,000

Andres Mendes	31/08/2018
CARLOS ANDRES MENDES H	**DAVID VARGAS QUINTERO**
CC 1033759642	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
CARGO AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CARGO

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033759642
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CARLOS ANDRES MENDES HERNANDEZ MENDES HERNANDEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 62 SUR #17A 21	TELÉFONO:	7658890
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4236048034**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		13			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/08/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990660292

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 126.300
SUBTOTAL:			1	**$ 126.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 98.700
SUBTOTAL:			1	**$ 98.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 225.000**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033759642
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS ANDRES MENDES HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 62 SUR #17A 21	TELÉFONO:	7658890
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NUMERO PLANILLA:		**4236142952**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2018
DÍAS DE MORA:		13			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/08/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990663198
NUMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		0423604803	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2018/08/23

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:										$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 200	$ 0	$ 19.300
SUBTOTALES:									$ 19.100	$ 200	$ 0	$ 19.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CDM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1033759642	MENDES HERNANDEZ CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242				NO							A										
2	CC 1033759642	MENDES HERNANDEZ CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242				NO							C										
3	CC 1033759642	MENDES HERNANDEZ CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242				NO							R										

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000
2	230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000
3	230301-PORVENIR	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 0

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	EPS017-FAMISANAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700
2	EPS017-FAMISANAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700
3	EPS017-FAMISANAR	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-28-SURATEP-AGRICOLA	0	$ 0	103375964	$ 0
2	14-28-SURATEP-AGRICOLA	30	$ 781.242	103375964	$ 19.100
3	14-28-SURATEP-AGRICOLA	30	$ 781.242	103375964	$ 19.100

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		
2		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		
3		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 19.300

Planilla Pagada

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACION	1033759642
NOMBRE O RAZON SOCIAL			CARLOS ANDRES MENDES HERNANDEZ MENDES HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION	CALLE 62 SUR #17A 21	TELÉFONO	7658890
TIPO APORTANTE	92-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACION	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORVA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			4236048034	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	agosto	AÑO 2018	PERIODO COTIZACION SALUD	MES	agosto	AÑO 2018
DIAS DE MORA				13			
FECHA PAGO (aaaa-mm-dd)				2018-08-23 NUMERO AUTORIZACIÓN			9990660292

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 125.000	$ 1.300	$ 126.300
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 1.300**	**$ 126.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 97.700	$ 1.000	$ 0	$ 98.700
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 1.000**	**$ 0**	**$ 98.700**

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD							ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1033759642	MENDES HERNANDEZ CARLOS ANDRES	INDEPEND.		$ 781.242			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0						

TOTAL	**$ 225.000**

SOI

Planilla Pagada

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 INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 23-ago-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MENDES	HERNANDEZ	CARLOS ANDRES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1033759642

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1033759642 D.M 1

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 3 MES NOV AÑO 1993

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Rovira

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 17 bis 28g 60 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7659980

EMAIL andrs_0126@outlook.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 tecnico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2011
										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: 23-ago-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 integrada de servicios de salud sur occidente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7560505	*FECHA DE INGRESO*: DIA 7 MES 2 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: auxiliar administrativo	*DEPENDENCIA*: almacen	*DIRECCIÓN*: calle 9 nº 39-46	

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	0	6
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	6

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).

23-08-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Andres mendez

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

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ago-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: 22-ago-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CARLOS ANDRES MENDES HERNANDEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1033759642 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cra 17 bis 28g 60 sur **Teléfonos** 1033759642 7659980

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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	$ 17.400.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 17.400.000,00

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

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: 22-ago-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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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

Andres Mendez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ago-2018

CIUDAD Y FECHA