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-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ MILA QUEVEDO TAFUR												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	65739423							
CORREO ELECTRONICO:	luzquevedo41@yahoo.com				CELULAR:	3118597864							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PAPS CARBONEL												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ODONTOLOGIA				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA28/E01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62485860458												No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7				
NÚMERO DE CDP	1250	FECHA	27-07-2018	NÚMERO DE CRP		33239	FECHA	31-07-2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE ODONTOLOGIA dentro de los difefentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institucion.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	8	2018		31	8	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,240,919										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

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:	$8,686,433
VALOR EJECUTADO	$8,686,433
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,240,919
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 **$1953105**, 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
8482047119	$781,242	$97,700	$125,000	3	$19,100	**$241,800**

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,

DEYSI MERCEDES BORRERO CAMPOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ MILA QUEVEDO TAFUR
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 aprobació	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

bicación del Servicio:	PAPS CARBONELL		**Sede: PABLO VI BOSA**						
o. DE CONTRATO:	1501- 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.018		31	8	2.018
OMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ MILA QUEVEDO TAFUR		**C. C.**	65.739.423		**DE**	IBAGUE		

)BJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ODONTOLOGIA dentro de los diferentes procesos y rocedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidad

l resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
isponer y preparar oportunamente los materiales, eq ipos e instrumental necesarios para el desarrollo de las ctividades propias del servicio.	SI	Disposición de equipos y materiales propios de la atención	Listado de dispositivos
sistir al profesional de odontología e higiene oral en la ealización de los procedimientos en salud oral.	SI	Prestación de atención en la consulta del usuario	Protocolo de limpieza y desinfección
omar, revelar radiografías y realizar reporte de diagnósticos ríticos evidenciados en imagenología siguiendo el rocedimiento.	N/A	N/A	N/A
laborar los pedidos de materiales de consumo y evolutivos, con el visto bueno del líder y/o coordinador de alud oral y mantener actualizado el formato de dispositivos iédicos.	N/A	Entrega de pedidos en medio magnetico	PAN
evisar y notificar al líder el estado de las agendas de citas rogramadas.	SI	Verificación de agendas en el sistema	Agendas
olicitar el mantenimiento correctivo de los equipos portunamente al líder y/o coordinador del área.	SI	Solicitudes realizadas por aplicativo	Aplicativo
olaborar en actividades intra y extramurales para el esarrollo de los programas de salud oral.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
romover en su área, centro del salud y territorio la articipación de la comunidad en actividades de salud e npulsar y motivar la conformación de grupos de articipación social.	SI	Demanda inducida e infomación en general de los servicios en el proceso de atención	Demanda inducida
iligenciar de manera clara, completa y oportuna, los rmatos que le sean encomendados para el ejercicio de su ctividad.	SI	Digitación de registros propios de la atención	registros
eportar oportunamente las anomalías en la prestación del ervicio (INAT, INAF, Seguridad del Usuario).	SI	Solicitudes realizadas por aplicativo	Aplicativo
tilizar de manera racional los recursos asignados a la restación de servicios.	N/A	N/A	N/A
plicar las normas, guías y protocolos de bioseguridad y evar a cabo los procesos de sanitización de acuerdo a lo stablecido a nivel institucional y normas vigentes.	N/A	N/A	N/A
ealizar las actividades pertinentes para alcanzar el umplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o royectos formulados, en el área asignada.	SI	Atención a los usuarios según agendas , y metas establecidas	Agenda

romover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y esponder por los elementos dados a su responsabilidad.	N/A	N/A	N/A
esarrollar y apoyar la ejecución de actividades de romoción en salud, prevención de la enfermedad y gilancia en salud pública a nivel intra y extramural, ecesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de cuerdo con la normatividad vigente.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
ealizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y utogestión en las actividades desarrolladas, formular y jecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de ejoramiento a que haya lugar.	N/A	N/A	N/A
valuar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el npacto de los programas ofrecidos a la comunidad.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
articipar en las acciones en vigilancia epidemiológica para tuaciones que sean factor de riesgo para la población.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
dentificar necesidades y participar en estudios tendientes a olucionar los problemas de la salud de la comunidad.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
articipar en el análisis de la información de oferta y emanda de servicios de salud del área de influencia que ermita proponer alternativas de solución.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
plicar lineamientos, normas, guías y protocolos que aranticen la adecuada prestación del servicio dando umplimiento a los estándares institucionales.	N/A	N/A	N/A
resentar informes periódicos y completos sobre el esarrollo de sus obligaciones contractuales, a las instancias ertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y egún lineamientos y programación establecidos por la stitución.	SI	Realización de informes según actividades	Informes
articipar en la actualización de los procesos y rocedimientos inherentes a sus actividades.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
articipar en las reuniones designadas por el supervisor, elacionadas con las actividades u obligaciones ontractuales, según programación.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
arantizar la custodia de la información y la gestión ocumental de los soportes que se generen durante la jecución de sus actividades.	SI	Hacer buen uso de la informacion del usuario durante el proceso de atención	Formatos
as demás actividades que le sean asignadas y sean afines on la naturaleza del objeto del contrato.	N/A	N/A	N/A

BSERVACIONES:

OTAL A PAGAR (Número y letras): 1.240.919 UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS DIEZ Y NUEVE PESOS

NOMBRE COMPLETO LUZMILA QUEVEDO TAFUR 65739423 Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65739423		QUEVEDO TAFUR LUZ MILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAN 79 C # 68 A - 16 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7524247	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	82047119	8482047119	I	2018/08/08	2018/08/08	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

PAGADO

2018/08/08 08:40 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65739423		QUEVEDO TAFUR LUZ MILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAN 79 C # 68 A - 16 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7524247	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2018-08	2018-08	82047119	8482047119	I	2018/08/08	2018/08/08	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	65739423	QUEVEDO LUZ	230301	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

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: 14-ago-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
QUEVEDO	TAFUR	LUZ MILA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 65739423

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 22 MES JUN AÑO 1967

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Ibagué

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

tranversal 79c#68a16sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7514247

EMAIL luzquevedo41@yahoo.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
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1987

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*
TE	2	X		AUXILIAR DE CONSULTORIO DE CONSULTORIO ODNTOLOGICO	11	2001	No especificada

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: 14-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
subred suroccidente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	defensajudicial@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7799800	DIA 1 MES 8 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE CONSULTORIO	odontologia	KRA 78A BIS No. 69B 70 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL PABLO SEXTO BOSA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	defensajudicial@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7799800	DIA 1 MES 8 AÑO 2012	DIA 1 MES 8 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE CONSUOTORIO	UPA ESTACION	KRA 78A BIS No. 69B 70 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
hospital meissen	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@hospitalmeissen.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3006036452	DIA 22 MES 2 AÑO 2007	DIA 30 MES 6 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliar de odontología	odontología	calle 60 G sur #68 Bis-09

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: 14-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 clínica odontologica las américas	*PÚBLICA* 	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* consultorioplaza@plazadelasamericas.com	
TELÉFONOS 3615353	*FECHA DE INGRESO* DIA 4 MES 4 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO* DIA 29 MES 11 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO auxiliar de odontología	*DEPENDENCIA* odontología	*DIRECCIÓN* CC comercial plaza de las americacalle 3 S	

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	11	4
PRIVADO	1	7
PARTICULAR	0	0
TOTAL	12	12

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).

Bogota 14 AGOSTO 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O 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: 15-ago-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ MILA QUEVEDO TAFUR

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 65739423 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección tranversal 79c#68a16sur **Teléfonos** 3118597864 7514247

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MYRIAM TAFUR DE QUEVEDO	38246820	MADRE
FLORESMIRO QUEVEDO BERNAL	5805587	PADRE
JHONATAN SEPULVEDA QUEVEDO	1012378505	HIJO(A)
CARLOS ALBEIRO SEPULVEDA QUEVEDO	1012427871	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	$ 14.891.028,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 14.891.028,00

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	62485860458	BOSA	$ 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

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: 15-ago-2018

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
ALBEIRO SEPULVEDA BETANCOURT	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	6027884

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. 15-ago-2018

CIUDAD Y FECHA