

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MONICA ROCIO TALERO OSORIO																	
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO:		1015406841											
CORREO ELECTRONICO:		monicalogos2@gmail.com				CELULAR:		3214107674											
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						FO09													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC				SEDE:		FONTIBON									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		K27	100%																
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS											
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				451800099116				PENSIONADO		NO									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3615-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 11											
NÚMERO DE CDP		1416		FECHA		22/08/2018		NÚMERO DE CRP		39043		FECHA		31/08/2018					
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales a la gestion 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:						\$3.070.655													
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:										\$32.139.522									
VALOR EJECUTADO										\$22.927.557									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$3.070.655									
VALOR A LIBERAR										\$0									
SALDO POR EJECUTAR										\$9.211.965									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										73%									
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:																			
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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%		NIVEL ARL	APORTE ARL		TOTAL APORTES										
Dado en Bogotá en el mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,																			
ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ							MONICA ROCIO TALERO OSORIO												
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:							NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA												

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. s. r. l.		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 03/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	
Ubicación del Servicio:		PIC- ESPACIO VIVIENDA		Sede: FONTIBON FO09		
No. DE CONTRATO:		3615-2018		Periodo certificado desde el		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MONICA ROCIO TALERO OSORIO		C. C.	1.015.406.841	DE BOGOTÁ
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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		PROGRAMA DO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS	
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del espacio.		SI	1 encuentro en ruralidad, dos encuentros en IED Republica de Colombia, 1 encuentro con población en situación reinserción. 1 fortalecimiento técnico MUNAY, construcción de informe, día administrativo, y entrega de soportes.		Ficha de sesión, formatos de actas.	
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE.		SI	1 encuentro en ruralidad, dos encuentros en IED Republica de Colombia, 1 encuentro con población en situación reinserción. 1 fortalecimiento técnico MUNAY, construcción de informe, día administrativo, y entrega de soportes.		Ficha de sesión, formatos de actas.	
Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.		NO	No aplica para el mes certificado		No aplica para el mes certificado	
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales entre otras) Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado.		NO	No aplica para el mes certificado		No aplica para el mes certificado	
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.		NO	No aplica para el mes certificado		No aplica para el mes certificado	
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.		SI	1 encuentro en ruralidad, dos encuentros en IED Republica de Colombia, 1 encuentro con población en situación reinserción. 1 fortalecimiento técnico MUNAY, construcción de informe, día administrativo, y entrega de soportes.		Ficha de sesión, formatos de actas.	
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.		NO	No aplica para el mes certificado		No aplica para el mes certificado	
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.		NO	No aplica para el mes certificado		No aplica para el mes certificado	
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.		NO	No aplica para el mes certificado		No aplica para el mes certificado	
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.		SI	Propuesta metodológica, 1 encuentro en ruralidad, un encuentro en IED, 1 encuentro con población en situación reinserción. 1 fortalecimiento técnico MUNAY, construcción de informe, día administrativo, y entrega de soportes.		Acta de revisión	
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.		SI	se realiza ajustes pertinente a los soportes de acuerdo a solicitud y Revisión de formatos por la coordinación del equipo PAPSIVI.		Acta de revisión	
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.		SI	se realiza entrega y ajuste de soportes de acuerdo a solicitud de coordinación PAPSIV.		fichas metodológicas, formatos de actas.	
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra		SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá		fichas metodológicas, formatos de actas.	
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.		SI	cuidado de los equipos de cómputo, utilización adecuada de insumos		cuidado de los equipos de cómputo, utilización adecuada de insumos	
OBSERVACIONES:						
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE						
MONICA ROCIO TALERO OSORIO C.C. 1015406841 CONTRATISTA:				Fecha: 30/09/2018 Firma de recibido supervisor:		
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.						



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MONICA ROCIO TALERO OSORIO identificado(a) con CC 1015406841 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 29/04/2011

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 20 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.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MONICA ROCIO TALERO OSORIO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía número 1015406841**, se encuentra afiliado (a) desde **04/10/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de septiembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellín, 20 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que MONICA ROCIO TALERO OSORIO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1015406841 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 17/02/2018

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS 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 SEVICIOS 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 SEVICIOS 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: C10154068411826339144

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:

20/09/2018 10:52 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



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

Última Actualización: 05-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TALERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) OSORIO	NOMBRES MONICA ROCIO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1015406841	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 10 MES AGO AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL132CBIS#107B65 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6876218 EMAIL monicalogos2@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 BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										☒	NOVIEMBRE	2005

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X	PSICOLOGO	3 2011	120356
ES	2	X	ESPECIALISTA EN SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	11 2015	

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
Inglés	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.



Última Actualización: 05-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	coordinacionpapsivibogota@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
+57 1 3753569	DÍA 16 MES 2 AÑO 2018		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicologa	Vivienda PAPSIVI	Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6583030	DÍA 3 MES 9 AÑO 2016		DÍA 17 MES 2 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicologa	Espacio Vivienda	Calle 66 No. 15 41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Servicios y asesorías en misión hospital de Suba	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6674488	DÍA 7 MES 4 AÑO 2014		DÍA 30 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicologa	CAMAD	Avenida Ciudad de Cali No. 152 00	



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.



Última Actualización: 05-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Alcaldía Municipal Tena	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Tena		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3106988511	DÍA 16 MES 10 AÑO 2013		DÍA 2 MES 4 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
psicologa	comisaria de familia	Diagonal 3 No. 3 15 Casa de Gobierno Tena.	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Servicios y asesorías en mision Hospital de Suba	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6674488	DÍA 10 MES 1 AÑO 2012		DÍA 10 MES 10 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
psicologa	Salud Publica	Avenida Ciudad de Cali No. 152 00	

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	6	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	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 INCOMPATIBILIDAD 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

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICA

Última Actualización: 05-sep-2018



Bogotá 14 Sep/18
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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 19-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MONICA ROCIO TALERO OSORIO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1015406841 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CL132CBIS#107B65

Teléfonos 3214107674 6876218

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ROSA ELENA OSORIO SKINNER	51635755	MADRE
JAIME IGNACIO TALERO CASTILLO	16624655	PADRE
DIEGO CAMILO TALERO OSORIO	1019105900	HERMANO(A)
LUIS FERNANDO TALERO CASTILLO	1019046168	HERMANO(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	\$ 33.600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 33.600.000,00

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
Davivienda	AHORROS	0550451800099116	Bogota	\$ 0,00
Dvivienda	OTRA	CDT	Bogota	\$ 3.000.000,00

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
-------------------	----------	-------



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.

SIDEAPO

Última Actualización: 19-sep-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
	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. 19-sep-2018

CIUDAD Y FECHA