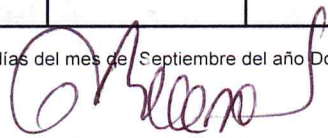
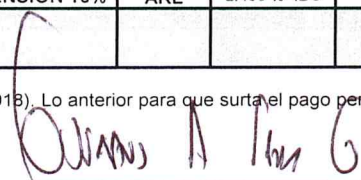


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Sur Occidente E.S.E.
			Fecha de aprobación	15/02/18	
			Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				SALAS GARZON GUSTAVO ANTONIO											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		80,423,600						
CORREO ELECTRONICO:				gusorto@hotmail.com				CELULAR:		300 203 6992					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:															
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ORTOPEDIA				SEDE:		Kennedy					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		I 02 - KE 10	100												
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				6400438385				PENSIONADO		No					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				5578 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 de 1					
NÚMERO DE CDP		1250		FECHA		27/07/2018		NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:				MEDICO ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						7	09	2018			30	09	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$6,853,728											
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%									
OBSERVACIONES:															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$6,853,728							
VALOR EJECUTADO								\$6,853,728							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$6,853,728							
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 <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 2.436 % -IBC		TOTAL APORTES			
												\$0			
Dado en Bogotá a los <u>09</u> días del mes de <u>Septiembre</u> del año <u>Dos Mil dieciocho (2018)</u> . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 GUSTAVO BECERRA SUAREZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZON NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA							

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/18
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:	ORTOPEDIA		Sede: Occidente Kennedy						
No. DE CONTRATO:	5578 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			7	Septiembre	2 0 1 8		30	Septiembre	2 0 1 8
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SALAS GARZÓN GUSTAVO ANTONIO		C. C.	80 423 600			DE	Bogotá	

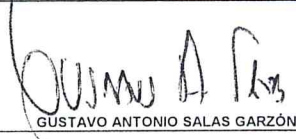
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como ORTOPEDISTA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Atender la programación de Consulta Externa - Sede Tintal, de Ortopedia y Traumatología.	100%	Se realiza en su totalidad la consulta externa programada en este mes	Por planilla de turnos se cumple
2. Atender y Manejar integralmente los procedimientos quirúrgicos y traumas en general incluyendo Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización Cirugía programada y de Urgencias a pacientes con lesiones musculoesqueléticas.	80%	Se atiende y se da manejo integral a los procedimientos quirúrgicos de cirugía programada, urgencias y traumas en general en la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, según necesidades del servicio.	Registros en la Historia Clínica en la atención del paciente con lesiones musculoesqueléticas atendidas en el mes y manejadas integralmente de acuerdo a su patología.
3. Brindar atención al paciente que ingresa por Urgencias con lesiones musculoesqueléticas y definir conducta por Ortopedia y Traumatología	80%	Se Brinda atención oportuna, eficiente y eficaz al paciente que ingresa a la Unidad de servicios de salud Occidente de Kennedy, con lesión musculoesquelética quien es valorado por la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, para decidir conducta.	Registros realizados en la Historia Clínica, Evolución diaria, notas de procedimientos, descripciones QX, valoración a pacientes programados en consulta Externa y actas de Juntas Quirúrgicas; dando cumplimiento y cubrimiento total.
4. Realizar por el Médico tratante seguimiento al procedimiento o atención efectuada, hasta la evolución satisfactoria del paciente, junto con el equipo de trabajo.	100%	Atendí y realice en las diferentes áreas del Hospital, procedimientos especiales a pacientes que lo requieran tanto para establecer diagnósticos como para dar tratamiento integral hasta su evolución.	Atención integral al paciente junto con el equipo de trabajo de acuerdo a las urgencias presentadas durante el turno y Turno Administrativo, Junta Quirúrgica, Revista Médica y Turnos de fin de semana y nocturnos.
5. El objeto de este contrato es realizar la prestación del Servicio de Ortopedia y Traumatología en Consulta Externa y realizar atención quirúrgica cuando se requiera de manera eficaz, efectiva y eficiente cumpliendo con los requisitos esenciales de calidad.	100%	Se Brinda atención oportuna, eficiente y eficaz al paciente que ingresa a la Unidad de servicios de salud Occidente de Kennedy, con lesión musculoesquelética quien es valorado por la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, para decidir conducta.	Registros realizados en la Historia Clínica, Evolución diaria, notas de procedimientos, descripciones QX, valoración a pacientes programados en consulta Externa y actas de Juntas Quirúrgicas; dando cumplimiento y cubrimiento total.
6. Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio,	100%	Buena disposición y actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio.	Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato
7. Respetar los derechos del paciente y cumplir el Código de Ética Médica y todas las disposiciones legales pertinentes.	100%	Dí cumplimiento al código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidor en el área de la salud debo atender, respetando los derechos del paciente y necesidades presentadas en Ortopedia y Traumatología	Se cumple lo estipulado con las actividades contractuales realizadas durante el mes certificado y como producto entregado es la atención dada al paciente desde que ingresa hasta su salida y controles por Consulta Externa.
8. Participar en las actividades clínicas, Docentes, Investigativas y / o Administrativas en las cuales la Unidad 01 requiera de su intervención.	100%	Se participa en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el Hospital requiera de su intervención.	Cumplimiento con lo requerido en el mes
9. Llenar a cabalidad los formatos establecidos para los registros correspondientes en la Historia Clínica, reportes de estudios de acuerdo con las normas legales, los procedimientos de Auditoría y el manual de Historias Clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello.	100%	Como norma se realiza y se diligencia a cabalidad todos los formatos Institucionales de la Historia Clínica y reportes de estudios, siendo respaldado con mi firma y sello.	Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato
10. Realizar interconsultas que le fueren solicitadas por los diferentes servicios de manera oportuna buscando solución pronta de la patología que aqueja al paciente.	100%	Todas las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios del Hospital las respondí de manera oportuna buscando la solución pronta de la patología que aqueja al paciente.	Quedan resueltas, para trámite a seguir
11. Ejecutar la Revista Médica de Ortopedia y Traumatología en el área de Hospitalización.	100%	Se pasa por las áreas descritas realizando la Revista Médica con el equipo de Ortopedia	La realización de la Revista Médica por los Servicios de Ortopedia a los paciente con lesiones musculoesqueléticas
12. Anexar la constancia de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contrato mensualmente.	100%	Cumplí con entregar la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contrato mensualmente.	Entregar planillas de pago al SGSSS. Del mes certificado
13. Realizar evaluación de los proyectos de Investigación y presentarlos al comité de Investigaciones, se someten al comité ético aquellos que completan los requisitos exigidos, participar en el comité de Investigación y en la preparación del mismo para la Certificación en Buenas Prácticas Clínicas.	100%	Participo en el Comité de Investigación y en la preparación para la Certificación de Buenas Prácticas Clínicas, evaluación de los trabajos de Investigación académicos.	Actas de Comité de ética y Estudios sometidos al Comité de Investigación, mediante revisión, análisis de los trabajos presentados..

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 6.853.728 - Seis millones ochocientos cincuenta y tres mil setecientos veintiocho pesos.

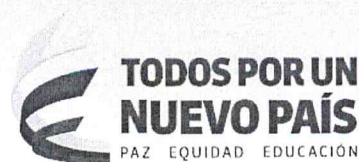

GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN - C.C. 80.423.600 Nombre Completo, Cédula y
firma del Contratista :

Fecha : / Septiembre / 2018

Firma de recibido

Supervisor: GUSTAVO BECERRA SUAREZ

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



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	80423600
NOMBRES	GUSTAVO ANTONIO
APELLIDOS	SALAS GARZON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANSA SALUD E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/08/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 09/18/2018 14:08:53 Estación de origen: 190.25.249.198

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

2/3

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR					Fecha de Corte	2015-05-31
Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora	
CALA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	2014-11-07	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente		
AFILIACIÓN A CESANTIAS					Fecha de Corte	2015-07-31
Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora		
CESANTIAS ESPECIAL	OLD MUTUAL ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA	2013-11-05	VIGENTE	Bogotá D.C. - BOGOTÁ		
CESANTIAS ESPECIAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2006-02-16	VIGENTE	Bogotá D.C. - BOGOTÁ		
PENSIONADOS					Fecha de Corte	2018-08-31
No se han reportado pensiones para esta persona.						
VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL					Fecha de Corte	2015-07-31
No se han reportado vinculaciones para esta persona.						

Dr. GUSTAVO ANTONIO SALAS GARRON
ORTOPEDIA - LR



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SALAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GARZON	NOMBRES GUSTAVO ANTONIO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 80423600	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 80423600 D.M. 4		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 21 MES MAY AÑO 1972 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá, D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KRA 76 No 152B 77 Int 7 Apto 202 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá, D.C. TELEFONO 3002036992 EMAIL gusorto@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 BÁSICA												TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	DICIEMBRE	AÑO	1989

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 NUMERO 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
ES	8	X	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	2	2003	25458/97
UN	12	X	SIN REGISTRAR	6	1996	25458/97

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

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

SIDEAP

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 CLINICA LA COLINA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4897000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ADSCRITO	DEPENDENCIA DEPARTAMENTO QUIRURGICO	DIRECCIÓN AV. BOYACA CALLE 167	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CARLOS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 2 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO MEDICO ORTOPEDISTA	DEPENDENCIA DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA	DIRECCIÓN CARRERA 13 No. 32 44	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 2 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 2 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO MEDICO ORTOPEDISTA	DEPENDENCIA ORTOPEDIA	DIRECCIÓN Carrera 14B No. 1 45 sur	



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



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 OCCIDENTE DE KENNEDY	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4480030	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 4 AÑO 2003		FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 7 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO MEDICO ORTOPEDISTA	DEPENDENCIA DEPARTAMENTO QUIRURGICO	DIRECCIÓN Transversal 74 F No 40 B 54 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	15	2
PRIVADO	3	11
PARTICULAR	0	0
TOTAL	15	2

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 PUBLICOS 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

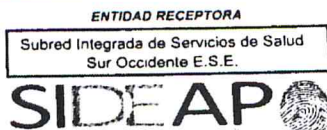

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZON

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 80423600 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá, D.C.

Dirección KRA 76 No 152B 77 Int 7 Apto 202

Teléfonos 3002036992 3002036992

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Juan Esteban Salas Duque	1011207992	HIJO(A)
ESTEBAN ANTONIO SALAS SUMOSA	17038181	PADRE
EUGENIA PATRICIA GARZON CONDE	41615159	MADRE
PATRICIA MERCEDES SALAS GARZON	1015407560	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:

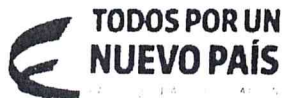
CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 375.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 375.000.000,00

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	006400438385	NIZA	\$ 70.000,00
DAVIVIENDA	AHORROS	003800171724	NIZA	\$ 2.400.000,00
COLPATRIA	AHORROS	2886	COLINA	\$ 5.000.000,00
AVVILLA	AHORROS	013158696	EL LAGO	\$ 4.200.000,00
DAVIVIENDA	CORRIENTE	482660001348	NIZA	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	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

APARTAMENTO	KRA 56 # 145 -51	\$ 300.000.000,00
VEHICULO	MERCEDES BENZ GLA 200	\$ 100.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	LEASING HABITACIONAL	\$ 157.234.994,00
BANCO DE BOGOTA	CREDITO VEHICULO	\$ 19.000.000,00
DAVIVIENDA	TARJETAS DE CREDITO	\$ 20.000.000,00
AVVILLAS	CREDITO LIBRE INVERSION	\$ 100.000.000,00
AVVILLAS	TARJETA DE CREDITO	\$ 15.000.000,00
ITAU	LEASING HABITACIONAL	\$ 900.000.000,00

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
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMA	MIEMBRO TITULAR

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

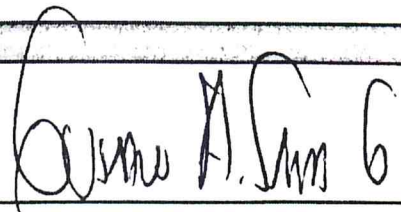
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
ISABEL CRISTINA DUQUE MUÑOZ	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	543595641

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasual o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 28-jul-2018

CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.423.600**

SALAS GARZON

APELLIDOS

GUSTAVO ANTONIO

NOMBRES

Gustavo A Salas G

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-MAY-1972**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

31-JUL-1990 USAQUEN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00271614-M-0080423600-20101218

0025263069A 1

35878507