995

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:	ANA BOLENA ROLDAN VALENS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51,595,637							
CORREO ELECTRONICO:	roldanvalens2@hotmail.com				CELULAR:	3167446977							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	ASDINCGO												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SUB-FINANCIERA CUENTAS POR PAGAR				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R27	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570094359								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-3205-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 de 8			
NÚMERO DE CDP	1417	FECHA	31/08/2018	NÚMERO DE CRP	38797	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestion como Profesional 2 dentro de los diferentes 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	9	2018		30	9	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,123,000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	N/A							

OBSERVACIONES: Anexo carta de pensión

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$24,984,000
VALOR EJECUTADO	$24,984,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,123,000
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 **$1.953.105**, 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
0	$1,249,200.00	$156,150	$0	3	$30,431	**$186,581**

Dado en Bogotá en el mes de Septiembre del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ALMA AXIRA AMPUDIA ARRIAGA
Directora Financiera E.

ANA BOLENA ROLDAN VALENS
Firma del Contratista

Vo.Bo. SANDRA JIMENEZ GOMEZ- Profesional Universitario

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:	CUENTAS POR PAGAR		Sede: ASDINGO						
No. DE CONTRATO:	SO-3205-2018	0	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2,018		30	9	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA BOLENA ROLDAN VALENS		C. C.	51,595,637		DE	BOGOTA		

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 Profesional II de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Verificar que los registros de las cuentas por pagar sean realizados en forma correcta.	SI	Revisar las causaciones conforme a la ley y procesos internos	Causación Revisada
Apoyar al área de cuentas por pagar en las conciliaciones que se presenten con los diferentes proveedores.	SI	Realizar conciliacion con los proveedores	Actas de conciliación
Apoyar, analizar, ajustar las conciliaciones con el área de Contabilidad.	SI	Realizar conciliaciones con Contabilidad	Actas de conciliación y Ajustes Realizados
Verificar y registrar en el sistema de información los servicios públicos que se presenten a diario.	SI	Causar Servicios Públicos	Causación para pago
Organizar el Archivo producto de la labor diaria en el área.	SI	Mantener los documentos generados en el respectivo archivo	Archivo realizado
Generar archivos planos en el sistema que sean necesarios para el desarrollo de las actividades a desarrollar.	SI	Generación de archivos del Sistema	Archivos generados
Generar y entregar a los proveedores y contratistas del Hospital de Kennedy los certificados de impuestos a 31 de julio del 2016.	SI	Entrega de certificados alos contratistas 2014 a julio 2016	Certificados entregados
Realizar informes requeridos por la Dirección Financiera u otras áreas	SI	Generar informes requeridos	Informes entregados
Verificar que las facturas y Orden de prestación de servicios tengan soporte contractual y presupuestal	SI	Causar facturas con contrato y presupuesto según los requerimientos del sistema de información.	Causaciones
Crear proveedores en el Sistema de Información.	SI	Registrar el proveedor con los datos requeridos por el sistema de información con los documentos idóneos para su posterior causación y liquidación de impuestos	Proveedor registrado en el sistema

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.123,000,00 SON: TRES MILLONES CIENTO VEINTITRES MIL PESOS M.L.

Ana Bolena Roldan V.

ANA BOLENA ROLDAN VALENS CC 51595637

PROFESIONAL 2 CUENTAS POR PAGAR

SANDRA JAZMIN JIMENEZ GOMEZ

PROFESIONAL UNIVERSITARIO - LIDER CUENTAS POR PAGAR

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



FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1961
EL CERRITO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
03-AGO-1979 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00225302-F-0051595637-20100315 0021640138A 1 33295723
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51.595.637
ROLDAN VALENS
APELLIDOS
ANA BOLENA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

Protección
Pensiones y Cesantías

BOGOTA - BOG, 11/04/2018

Señor(a)
ANA BOLENA ROLDAN VALENS
CC - 51595637
CL 6 A 94 A-25 IN 7 AP 304 BRR CIUDAD TINTAL 2
BOGOTA - BOG, BOGOTA

Asunto: Acuso recibo radicación solicitud de prestación económica Vejez causada por el afiliado CC 51595637 - ANA BOLENA ROLDAN VALENS

Respetado(a) Señor(a):

Reciba un cordial saludo por parte de Protección S.A

La presente comunicación tiene el objetivo de notificarle que se ha dado inicio su solicitud de prestación económica.

A continuación relacionamos la información suministrada por usted:

INFORMACIÓN SOLICITUD	
TIPO DE SOLICITUD	Vejez
ORIGEN DEL SINIESTRO, INVALIDEZ O VEJEZ	Garantía de Pensión Mínima
FECHA SINIESTRO SBV, AUX	
MODALIDAD PRELIMINAR VEJEZ	Retiro Programado

DATOS AFILIADO			
TIPO ID	CC		
IDENTIFICACION	51595637		
NOMBRES Y APELLIDOS	ANA BOLENA ROLDAN VALENS		
ESTADO CIVIL	Soltero		
FECHA DE NACIMIENTO	03/03/1961		
GENERO	Femenino		
OCUPACION	Independiente		
EMAIL	roldanvalens2@hotmail.com		
¿ES USTED PENSIONADO POR OTRA ENTIDAD?	No	*ENTIDAD QUE LO PENSIONÓ*	
¿ES USTED PENSIONADO POR ARL?	No		

Igualmente, relacionamos los datos de contacto y de pago de la prestación que usted nos suministró.

DATOS SOLICITANTE	
TIPO ID	CC
IDENTIFICACION	51595637
NOMBRES Y APELLIDOS	ANA BOLENA ROLDAN VALENS
DIRECCIÓN	CL 6 A 94 A-25 IN 7 AP 304 BRR CIUDAD TINTAL 2
CIUDAD	BOGOTA - BOG
DEPARTAMENTO	BOGOTA
TELÉFONO	4647579
CELULAR	3167446977
CORREO ELECTRÓNICO	roldanvalens2@hotmail.com

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: 12-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ROLDAN	VALENS	ANA BOLENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51595637

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 3 MES MAR AÑO 1961

PAÍS Colombia

DEPTO Valle del Cauca

CIUDAD El Cerrito

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 6 A No.94 A 25 INT 7 APTO 304

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4647579

EMAIL roldanvalens2@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
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES JUNIO AÑO 1978
										X	

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*
UN	10	X		CONTADOR PUBLICO	6	1991	30386-t
TC	5	X		CONTADURIA TECNICA	3	1982	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: 12-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 SERV DE SALUD SUROCCIDENTE-HOSP	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	roldanvalens2@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505 ext 1212	DIA 10 MES 3 AÑO 2011	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
profesional universitario 2	cuentas por pagar	calle 9 # 36-49

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
MAXIFLEX		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4508743	DIA 3 MES 8 AÑO 2010	DIA 8 MES 3 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTADORA	FINANCIERA	AVDA BOYACA 35-25 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COLOMBIA TELECOMUNICACIONES S.A. ESP	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7050000 - 01800036	DIA 3 MES 6 AÑO 2008	DIA 4 MES 6 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESIONAL CONTABILIDAD	FINANCIERA	TRANSV 60 (AVDA SUBA) # 114 A -55

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: 12-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: SERDAN	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3487370	*FECHA DE INGRESO*: DIA 31 MES 1 AÑO 2007	*FECHA DE RETIRO*: DIA 2 MES 6 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO: PROFESIONAL CONTABILIDAD	*DEPENDENCIA*: FINANCIERA	*DIRECCIÓN*: CALLE 67 # 7-35 TORRE A PISO 2	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: LABORCOOP C.T.A.	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2848092	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 4 AÑO 2006	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 9 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO: CONTADOR SANEAMIENTO	*DEPENDENCIA*: FINANCIERA	*DIRECCIÓN*: CALLE 19 # 4-20 OFICINA 201	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SERVISALUD	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 8709387	*FECHA DE INGRESO*: DIA 8 MES 2 AÑO 2006	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 3 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO: CONTADORA PUBLICA	*DEPENDENCIA*: FINANCIERA	*DIRECCIÓN*: CALLE 11 # 13-45 CHIA	

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: 12-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*
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4077075	DIA 8 MES 8 AÑO 2005	DIA 7 MES 2 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTADOR SANEAMIENTO CONTABLE	FINANCIERA	CARRERA 8 # 0-55

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
TEMPORALES NUEVO MILENIO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2447778	DIA 1 MES 7 AÑO 2004	DIA 1 MES 2 AÑO 2005

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESIONAL DE DEPURACION	FINANCIERA	CALLE 39 A #29-22

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UNION TEMPORAL AUDITAR LTDA Y ALFASCONT LTDA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2484181	DIA 29 MES 10 AÑO 2003	DIA 9 MES 2 AÑO 2004

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTADOR SANEAMIENTO	FINANCIERA	CARRERA 16 # 75-31

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: 12-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: JVA CONTADORES	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3201149	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 3 AÑO 2003	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 3 AÑO 2003	
CARGO O CONTRATO: AUDITORA	*DEPENDENCIA*: FINANCIERA	*DIRECCIÓN*: CALLE 39 A # 18-32	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: JVA CONTADORES	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3201149	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 11 AÑO 2002	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 11 AÑO 2002	
CARGO O CONTRATO: AUDITORA	*DEPENDENCIA*: FINANCIERA	*DIRECCIÓN*: CALLE 39 A # 18-32	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: EL BUEN VIVIR COMUNICACIONES	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2495920	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 10 AÑO 1995	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2001	
CARGO O CONTRATO: CONTADORA	*DEPENDENCIA*: FINANCIERA	*DIRECCIÓN*: CALLE 79 A # 8-31	

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	10	7
PRIVADO	9	3

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: 12-sep-2018

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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	19	11

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

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANA BOLENA ROLDAN VALENS

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 51595637 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 6 A No.94 A 25 INT 7 APTO 304 **Teléfonos** 3167446977 4647579

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JHON ALEXANDER RODRIGUEZ ROLDAN	1071165190	HIJO(A)
ANDRES FELIPE RODRIGUEZ ROLDAN	1030634778	HIJO(A)
JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ ROLDAN	1010068023	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	$ 3.150.000,00
HONORARIOS	$ 36.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 39.150.000,00

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
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	570094359	TIMIZA	$ 1.700.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	50S-40632118	$ 54.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DAVIVIENDA	PRESTAMO HIPOTECARIO	$ 31.000.000,00

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-sep-2018

BANCO DAVIVIENDA	TARJETAS DE CREDITO	$ 14.000.000,00

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

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

Pina B. Arenas R.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

Protección

Bogotá, 02 de agosto de 2018

Señor(a):
ANA BOLENA ROLDAN VALENS
CC 51595637
CL 6 A 94 A-25 IN 7 AP 304 BRR CIUDAD TINTAL 2
Telefono 4647579
BOGOTA, BOGOTA

Reciba un cordial saludo,

En Protección estamos con usted para guiarlo en cada paso del camino hacia la materialización de sus metas.

Luego de analizar el trámite de **Pensión de Vejez** radicado por usted ante nuestra entidad, encontramos que cumple con los requisitos de edad y semanas establecidos para acceder a una **Pensión de Vejez por Garantía de Pensión Mínima Temporal,** por lo cual procedemos a notificarle el Reconocimiento de la misma (Ver Anexo 2 - Consideraciones Legales artículo 3° del Decreto 142 de 2006 Garantía de la Pensión mínima temporal).

Es importante resaltar que la definición de la Prestación Definitiva se calculará una vez el Bono pensional cumpla el termino para su redención , donde será necesario que solicitemos nuevamente ante la Oficina de Bonos Pensionales la aprobación de la Garantía de Pensión Mínima Definitiva.

De acuerdo al análisis efectuado para determinar el derecho a la prestación económica se informa que la fecha de reconocimiento de su prestación es 01-may-2018.

A continuación, observara el detalle de la prestación reconocida:

Valor Mesada Pensional	$ 781.242,00	13 mesadas por año
- Descuento 12% salud	$ 93.749,04	Ver anexo 1 y anexo 2
- Descuento Fondo Solidaridad Pensional - FSP	$ 0,00	Ver anexo 2- Artículo 8 Ley 797 de 2003
Valor a percibir mensualmente	**$ 687.492,96**	
Valor Retroactivo *	**$ 2.343.726,00**	01-may-2018 - 30-jul-2018

**Del pago retroactivo anteriormente mencionado se le realizará el descuento del aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud del 12% dando cumplimiento a la Resolución 2388 de 2016 del Misterio de Salud y Protección Social.*

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANA BOLENA ROLDAN VALENS identificado(a) con CC 51595637 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**31/07/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE AMERICAS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 12 días del mes de septiembre del año 2018.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

ARL | sura

Medellín, 20 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que ANA BOLENA ROLDAN VALENS identificado(a) con cédula de ciudadanía 51595637 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 26/09/2017 **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:C515956371826339290

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 10.54 AM

Dirección IP: 190.248.8.194, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 20 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que ANA BOLENA ROLDAN VALENS identificado(a) con cédula de ciudadanía 51595637 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:** 03/08/2017

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:C515956371826339290

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 10.54 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA