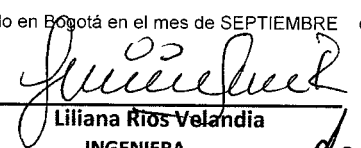
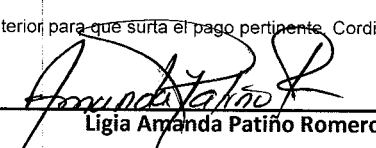


 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LIGIA AMANDA PATIÑO							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		51.883.936		
CORREO ELECTRONICO:				amandis.2008@hotmail.com			CELULAR:		3106090167		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				GERENCIA DE INFORMACION			SEDE:		KENNEDY		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		T08									
ENTIDAD FINANCIERA:				Davivienda			TIPO DE CUENTA:		Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				570008090399406				PENSIONADO	No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3064-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 8			
NÚMERO DE CDP		1415	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP		38706	FECHA	31/08/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE ESTADISTICA, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DESALUD 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:				\$1.250.000							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%						
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:							\$10.000.000				
VALOR EJECUTADO							\$10.000.000				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA							\$1.250.000				
VALOR A LIBERAR							\$0				
SALDO POR EJECUTAR							\$0				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN							100%				
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:											
Se verifica el cumplimiento del <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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
	\$781242	\$97.655	\$124.999	3	\$19.031	\$241.685					
Dado en Bogotá en el mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
 Liliana Ríos Velandía INGENIERA					 Ligia Amanda Patiño Romero						
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:					NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA						

Ubicación del Servicio:	.0		Sede: PAPS 63 ALQUERIA					
No. DE CONTRATO:	3064-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Ligia Amanda Patiño Romero		1	9	2.018	30	9	2.018
			C. C.	51.883.936		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 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA ESTADISTICA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Informar y adelantar los trámites administrativos relativos a la admisión de pacientes en las agendas de los profesionales de la salud, medicas, odontológicas, enfermería etc. acorde con los procedimientos adoptados por el Hospital.	100%	Informar y adelantar los trámites administrativos relativos a la admisión de pacientes en agendas, odontologías y enfermería acordes con los procedimientos acordados por la subred.	Se Recibieron y registraron todas las historias clínicas que salen del área de estadística.
Asignar y registrar las citas de los usuarios para los servicios ambulatorios en los diferentes puntos de atención del Hospital.	100%	Suministrar historias clínicas y registrar las citas de los usuarios para los servicios ambulatorios en los diferentes puntos de atención de la unidad.	Se entregaron día a día las historias clínicas correspondientes a la agenda programada para cada profesional de los diferentes servicios del punto de atención.
Responder por la custodia de las historias clínicas de los usuarios, siguiendo los procedimientos establecidos de recepción, verificación, archivo, custodia y notificación de inconsistencias.	100%	Responder por la custodia de las historias clínicas de usuarios, siguiendo procedimientos establecidos de recepción, verificación, archivo y notificación de inconsistencias	Se verifico que todas las historias que ingresaron a estadística, sean las mismas que salieron programadas en agenda para consulta y se archivaron en su respectivo orden.
Alistamiento y entrega de historias clínicas a los profesionales de la salud de los servicios ambulatorios del hospital	100%	Suministrar historias clínicas para los servicios ambulatorios en los diferentes puntos de atención del Hospital.	Se entregaron día a día las historias clínicas correspondientes a la agenda programada para cada profesional de los diferentes servicios del punto de atención.
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	100%	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	Se marcaron de manera clara y con los respectivos datos las carpetas de historia clínica para los usuarios de primera vez en el punto de atención.
Verificar y confrontar los registros individuales de prestación de servicios diligenciados y facturados.	100%	Verificar y confrontar los registros individuales de prestación de servicios diligenciados y facturados.	Se verifica y confronta los registros realizados por cada profesional de los servicios de (medicina, Enfermería, y odontología.)
Participar en la recolección y procesamiento de la información estadística del punto de atención en el que preste el servicio.	100%	Participar en la recolección y procesamiento de la información estadística del punto de atención en el que preste el servicio.	Se consulto a diario el correo institucional.
Cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementación, desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del Sistema de Gestión y dentro de este todo lo relacionado con cultura de autocontrol, programas de seguridad del paciente y de humanización.	100%	Cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementación, desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del Sistema de Gestión y dentro de este todo lo relacionado con cultura de autocontrol, programas de seguridad del paciente y de humanización.	Se cumplió diariamente
Asistir a reuniones y/o jornadas programadas por el Hospital del Sur E.S.E tendientes a asegurar las metas en cumplimiento de las mismas. (Incluye inducción o re inducción).	100%	Asistir a reuniones y/o jornadas programadas por la subred E.S.E tendientes a asegurar las metas en cumplimiento de las mismas. (Incluye inducción o re inducción).	Se cumplió de acuerdo a lo programado
Portar el carnet de identificación del Hospital, cuando se termine la relación contractual este debe ser devuelto a la Oficina de Talento Humano.	100%	Portar el carnet de identificación del Hospital	Se cumplió diariamente
Garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio.	100%	Dar un uso racional a los insumos y equipos suministrados por el Hospital para el desarrollo del objeto de la orden	Se imprimieron PRE-RIPS en papel reciclable
Cumplir con las indicaciones emitidas en el Manual de Bioseguridad de la Institución y manejo de desechos hospitalarios.	100%	Cumplir con las indicaciones emitidas en el Manual de Bioseguridad de la Institución y manejo de desechos hospitalarios.	Se cumplió diariamente
Presentar mensualmente el aporte de salud, Pensión y ARL de acuerdo con la Ley.	100%	Presentar al área de financiera-cuentas por pagar y al supervisor de la orden copia del recibo de pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social (Salud, pensión y ARP) en los porcentajes que indique la ley para tal fin.	Se presento oportunamente

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.250.000 = (UN MILLON DOS CIENTOS CINCUENTA MIL PESOS)

<p><i>Ligia Amanda Patiño Romero</i></p> <p>CONTRATISTA</p>	<p>Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <i>[Firma]</i></p>
---	---

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



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LIGIA AMANDA PATINO ROMERO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **51,883,936**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LIGIA AMANDA PATIÑO ROMERO identificado(a) con cedula ciudadanía 51.883.936 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20180321	No Registrada	26

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
ANGIE MELIZA ESCAMILLA PATIÑO	HI	1031161307	CC	20180321	0	Activo	26
MARIO ANDRES ESCAMILLA PATIÑO	HI	1031181999	CC	20180321	0	Activo	26

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10147941

CER-AFI



Medellín, 18 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que LIGIA AMANDA PATINO ROMERO identificado(a) con cédula de ciudadanía 51883936 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:

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.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C518839361826140111

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:

18/09/2018 11.08 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: 22-ago-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PATIÑO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROMERO	NOMBRES LIGIA AMANDA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 51883936	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES DIC AÑO 1967 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DG 49 52 A 63 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5510615 EMAIL amandis.2008@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

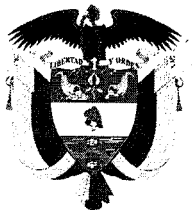
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	1986

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTATÍSTICA DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-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 SERVICIOS Y ASESORIAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 5 AÑO 2009	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ESTADISTICA	DEPENDENCIA ESTADISTICA	DIRECCIÓN KR 6 46 23	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD COOP INTRASALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 6 AÑO 2005	FECHA DE RETIRO DÍA 6 MES 5 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ESTADISTICA	DEPENDENCIA ESTADISTICA	DIRECCIÓN KR 59 14 44	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

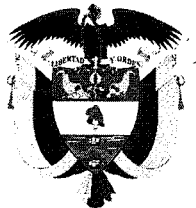
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	4	2
PRIVADO	6	11
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	2

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 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.

SIDEAPO

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ago-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios De Salud Sur Occidente E.S.E		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co		
TELÉFONOS 7560505	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 4 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA DESARROLLO INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN Cl. 9 #40-38		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEL SUR		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co		
TELÉFONOS 7560505	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 4 AÑO 2014		
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ESTADISTICA	DEPENDENCIA ESTADISTICA	DIRECCIÓN KR 78 35 71 SUR		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD TEMPORALES UNO A		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 5 AÑO 2012		
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ESTADISTICA	DEPENDENCIA ESTADISTICA	DIRECCIÓN KR 16 36 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 INTEGRAL DEL SERVIDOR PÚBLICO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ago-2018

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 PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 22-ago-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LIGIA AMANDA PATIÑO ROMERO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 51883936 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección DG 49 52 A 63

Teléfonos 3106090167 5510615

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANGIE MELIZA ESCAMILLA PATIÑO	1031161307	HIJO(A)
MARIO ANDRES ESCAMILLA PATIÑO	1031181999	HIJO(A)
MARIA CARMEN LILIA ROMERO DE PATIÑO	41352415	MADRE

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	\$ 14.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 14.000.000,00

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	570008090399406	VENECIA	\$ 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: 22-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
	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 ocasional o permanente son las siguientes:

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

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ago-2018

CIUDAD Y FECHA