Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FREDDY ESTRADA RODRÍGUEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79571124						
CORREO ELECTRONICO:	freddyestrada.arq@gmail.com				CELULAR:	3166925755 - 3192575787						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DESARROLLO INSTITUCIONAL				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE COLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	59730334936								PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3259-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5			
NÚMERO DE CDP	1417	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	38830	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de asesoría a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Desarrollo insitucional 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:	$6.000.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	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:	$48.000.000
VALOR EJECUTADO	$48.000.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.000.000
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
	$0,00	$0	$0	3	$0	**$0**

Dado en Bogotá a los TREINTA (30) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

LILIANA RIOS VELANDIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

FREDDY ESTRADA RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		Sede: ASDINCGO						
No. DE CONTRATO:	3259-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FREDDY ESTRADA RODRIGUEZ		C. C.	79.571.124		DE	BOGOTA		

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Asesorar a la Subred Sur Occidente, E.S.E., en la formulación y gestión de Proyectos de Infraestructura.	SI	Se realizó el acompañamiento al grupo de gestión de proyectos en lo relacionado con la realización y presentación de informes de los convenios de inversión que se entregaron la DIT-SDS. Se realizo acompañamiento en las acciones de ajuste del proyecto Kennedy.	Informes realizados y entregados a SDS, de los convenios 1864-2016 y 0788-2016, Convenios Caps. Documento de ajuste del proyecto Kennedy.
2. Asesorar a la Subred Sur Occidente frente al cumplimiento de normatividad hospitalaria vigente.	SI	Se realizó acompañamiento al inicio del contrato 5186/2018 para las adecuaciones físicas del área de esterilización de la USS Tintal. Se realizaron las oodificaciones en planimetria para la intervención.	Actas de comité donde se exponene las actvidades y modificaciones a realizar.
3. Realizar actividades coordinadas con el jefe de la oficina asesora de desarrollo institucional y el equipo de proyectos de la subred para la construcción, ejecución, seguimiento y reporte de las diferentes acciones o planes del programa de modernizacion institucional y mejoramiento de la infraestructura de la subred que le sean designadas.	SI	Se realizaron los respectivos informes de seguimiento a los convenios ejectuados y en ejecución por la Subred.	Informe convenio 1934-2016 Informe convenios CAPS-2017
4. Apoyar la construcción y eleboración de planes de acción para el cumplimiento de estandares de habilitación y acreditación.	NO	Hasta la fecha no se han programado actividades.	N/A
5. Participar en los comites tecnicos, operativos y de obra, en concordancia con la ejecución de los diferentes convenios y/o contratos de infraestructura de la Subred.	SI	Se asistio a los diferentes comités del convenio 1864 de 2016. Se asistio a comite operativo del convenio 1934-2016 para la aprobación de respuesta a observaciones al informe de evaluación del proceso de convocatoria por negociación conjunta del catastro hospitalario de las subredes en negociacion conjunta. Se asistio al comite poeratvio de los convenios 0788/2016, 1116/2009 y convenios Caps nuevos y adecuaciones.	Actas de comité para aprobación y operativos de los convneio 1864-2016 y 1934-2016. Acta de comité para los defrentes convenios (0788/2016, 1116/2009 y Covenios caps).
6. Realizar las actividades de seguimiento y verificación de las actividades que realizan los supervisores de los contratos derivados de los convenios en el componente de infraestructura de la Subred, cuando le sean asignados.	SI	En este periodo se realizaron actvidades de seguimiento a los contratos 4763/2018 Validación y Obras Kennedy - Consorcio Quiron. 5205/2018 Interventoria al contrato 4763/2018 - Consorcio Kennedy 2018. Se hace supervisión alos contratos derivados para la temirnación de los estudios tecnicos del Caps 29 con la empresas TIBOCOR Ltda para diseño de escalera y presupuesto. Se recivio de la empresa SyH SAS los diseños hidraulicos, sanitarios y de redes contra incendio.	Actas de seguimiento a los contratos para los estudios hidrosanitarios y redes contra incendio del caps 29 el cual entrego documentos de diseño. Acta de comité para diseño de escaleras del caps 29.
7. Presentar los informes de seguimiento a la supervisión de los convenios y/o contratos asignados de acuerdo a lo establecido por la Subred.	N/A	Se presentaron los informes de seguimiento y supervisión delos contratos a cargo.	Informe anexos a carpetas de seguimiento en contratación e informe de recivbo de los productos.
8. Participar en las reuniones programadas tanto por la Secretaria Distritald de Salud como por las instituciones relacionadas con le objeto de cada uno de los convenios, contratos que lo requieran, así como las convocadas por la Subred Sur Occidente incluidas las de seguimiento a los planes de acción de infraestructura.	SI	Se ha participado en los comites y/o reuniones citados para el desarrollo de los proyectos en gestión y los que se estan formulando en la SDS. Se ha participado en las reuniones citadas por gerencia y la asesora de desarrollo institucional en cuanto a seguimiento de contratos de obra y convenios.	Acta de comité y/o reunión.
9. Las demas actividades que sean acordadas con el supervisor del contrato, que se deriven o tengan relación con la naturalez del mismo.	SI	Se realizó la re-evaluacion los procesos de selección de las IO-067/2018 para la interventoría los diseños de Caps nuevos y IO -068/2018 de interventoria para diseños para adecuación caps existentes. Estos procesos fueron adjudicados. Se realizaron actvidades de estrcuturación para los procesos de obra SAMC 004 y SAMC 005, ademas del proceso MC-006,	Informes de evaluación publicados en cada porceso de la pagina del SECOP 2. Procesoso publicados en SECOP 2 para interventorias caps.

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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.			Sede: ASDINCGO						
No. DE CONTRATO:	3259-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FREDDY ESTRADA RODRIGUEZ		C. C.	79.571.124			DE	BOGOTA	

10. Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstaculo y/o riesgo en le desarrollo de las actividades.	NO	Para el periodo no se presentaron eventualidades para reportar.	N/A
11. Asistir a las capacitaciones programadas por la Subred.	NO	Se Asisitio a capacitación sobre supervisores de contratos en cuanto a factura electronica - Dirección de contratación SISS SO.	Acta de asistencia. Del dia 17/09/2018.
12. Dar Cumplimiento a los lineamientos establecidos por el proceso de Direccionamiento estrategico y Desarrollo Institucional.	SI	Se ha dado cumplimiento a todo lo solicitado por la dirección.	Actas de comité, oficios y asistencias.

OBSERVACIONES: N/A.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): SEIS MILLONES DE PESOS M/Cte. ($6.000.000)

FREDDY ESTRADA RODRIGUEZ
C.C. 79571124

supervisor:

Fecha : 30/09/2018

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

ARQUITECTO

FREDDY ESTRADA RODRÍGUEZ

Universidad Piloto de Colombia

frestrod@hotmail.com

NIT:79.571124-1 RÉGIMEN COMÚN

FACTURA DE VENTA

Nº 0178

RESOLUCION D.I.A.N.
18762004146443 DEL 2017-07-25
DESDE 146 HASTA 200 0

Quintas de San Pedro - Mza. 4 Casa 3 - Tel. 2525339 - Cels. 317 4341544/48 Mariquita - Tolima

Señor(es): Sindicato Interempresas de Trabajadores de Salud Sub Occidente

Dirección: Calle 39 # 39-46.

Ciudad: Bogotá DC. Teléfono: 3756269.

FECHA:

DIA	MES	AÑO
30	09	2018

CANT.	CONCEPTO	V/R UNITARIO	V/R TOTAL
1.	Ejecución NRI # 8 Contrato 3259/18 Protección de Derechos de Asociación y Negociación Colectiva y Asistencia en el Uso de Fueros. Periodo entre el 01-09-2018 y el 30-09-2018.	$5.042.017=	$5.042.017=

La presente Factura Cambiaria de Venta se Asimila para todos sus Efectos Legales a la Letra de Cambio, según Artículo 774 del Código del Comercio.

SUBTOTAL $	5.042.017=
I.V.A. $	957.983=
TOTAL $	$6.000.000=

Firma Representante Legal

79.571124

C.C./NIT:

Recibí:

C.C./ NIT:

LIDA PIEDRAHITA LONDOÑO - NIT. 38.282.792-2 - TEL. 2522769 - MARIQUITA

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79571124
NOMBRES Y APELLIDOS	Estrada Rodriguez,Freddy
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2012
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Estrada Rodriguez,Freddy , a los 18 días del mes de septiembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Colfondos®
Pensiones y Cesantías
del grupo **Scotiabank**

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) FREDDY ESTRADA RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 79.571.124, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 18 de septiembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

ARL | sura

Medellín, 18 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que FREDDY ESTRADA RODRIGUEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 79571124 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 10/08/2017 **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: 0000000006 - ADMIN 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:C795711241826128874

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 8.01 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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: 17-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FREDDY ESTRADA RODRIGUEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79571124 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CALLE 10 N° 80 F 40 T. 02 AP. 907 **Teléfonos** 3166925755 6599598

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
TOMAS FELIPE ESTRADA GARCIA	1110463044	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ⊗ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 50.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 15.000.000,00
TOTAL	$ 65.000.000,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	59730334936	IBAGUE	$ 350.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	HYUNDAI GETZ	$ 15.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO POPULAR	PRESTAMO	$ 12.500.000,00
BANBOGOTA	PRESTAMO	$ 7.500.000,00
AVVILLAS	PRESTAMO	$ 11.900.000,00

CMR FALLABELA	TARJETA DE CREDITO	$ 4.650.000,00
EXITO	TARJETA DE CREDITO	$ 4.200.000,00

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
CONJUNTO RESIDENCIAL QUINTAS DE SAN PEDRO	NUMERO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
ASOCIACION DE VIS ALAMEDA DEL GUALI	FUNDADOR

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
CAROLINA GARCIA VELA	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	65712782

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
ASESORIAS PARTICULARES	ASESOR

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ESTRADA	RODRIGUEZ	FREDDY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79571124	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 79571124 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES SEP AÑO 1972

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Honda

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 10 N° 80 F 40 T. 02 AP. 907

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6599598

EMAIL freddyestrada.arq@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 BASICA											TITULO BACHILLER
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 1991
										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
ES	2	X		ESPECIALISTA EN CIENCIA POLITICA	6	2012	
UN	10	X		ARQUITECTO	11	1998	A25071999-79571124 CPNAA

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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-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 MILITAR CENTRAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subdireccion@hospitalmilitar.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3486868	DIA 9 MES 8 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INTERVENTORIA TECNICA,	Subdirecci´pon Administratvia	Carrera 3 N° 49-00

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
031 3753569 - 3756	DIA 10 MES 8 AÑO 2017	DIA 31 MES 3 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Prestación de servicios PROFESIONAL	Desarrollo Institucional	Calle 9 N° 39-46

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerencia@subredsurccidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505	DIA 9 MES 8 AÑO 2017	DIA 14 MES 9 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Prestar servicios de asesoría a la gestión	Desarrollo Institucional	Calle 9 N° 39-46

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: Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: gerencia@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS: 031 4852540	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 5 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 8 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: PRESTACION DE SERVICOS	DEPENDENCIA: DESARROLLO INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN: Transversal 44 N° 51 B 16 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: saf@dermatologia.gov.co	
TELÉFONOS: 031 2428160	FECHA DE INGRESO: DIA 3 MES 1 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 15 MES 2 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: PRESTACION DE SERVICOS	DEPENDENCIA: Subdirección Administrativa y Financiera	DIRECCIÓN: Avenida 1ª N° 13 A 61.	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: saf@dermatologia.gov.co	
TELÉFONOS: 031 2428160	FECHA DE INGRESO: DIA 20 MES 10 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA 27 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Apoyo profesional en el reordenamiento del	DEPENDENCIA: Subdireccion Administrativa y Financiera	DIRECCIÓN: Avenida 1ª N° 13 A 61.	

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: 17-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 Centro Dermatológico Federico Lleras	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	saf@dermatologia.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
031 2428160	DIA 16 MES 8 AÑO 2016	DIA 14 MES 10 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Realizar Consultoría en el proceso de	Subdirección Administratvia y Financiera	Avenida 1ª N° 13 A 61.

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Consorcio TLA – AyC Construcciones & Euroestudios		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	admin@constructoraayc.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7454764	DIA 15 MES 7 AÑO 2015	DIA 14 MES 9 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Prestación de servicios Profesionales para la	Gerencia	Carrera 70 H No. 127 A 86 Niza

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Usme I Nivel E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerencia@eseusme.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
091 7660666	DIA 16 MES 6 AÑO 2015	DIA 15 MES 4 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONSULTORIA ESPECIALIZADA	Subgerencia Administrativa y Financiera	Transversal 2 N° 135-78 Sur

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 Tunjuelito II Nivel E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: subgerenciaAF@esetunjuelito.gov.co	
TELÉFONOS: 4757560	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 1 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DIA 17 MES 6 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS	DEPENDENCIA: Subgerencia Administrativa y Financiera	DIRECCIÓN: Transversal 44 N° 51 B-16 Sur.	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital USME I Nivel de Atención E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: gerencia@eseusme.gov.co	
TELÉFONOS: 091 7660666	FECHA DE INGRESO: DIA 16 MES 9 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO: DIA 14 MES 4 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: INTERVENTOR	DEPENDENCIA: Subgerencia Administrativa y Financiera	DIRECCIÓN: Transversal 2 N° 135-78 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: subgerenciaAD@esetunjuelito.gov.co	
TELÉFONOS: 4757560	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 9 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS	DEPENDENCIA: Subgerencia administratvia y financiera	DIRECCIÓN: Transversal 44 N° 51 B-16 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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-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 Hospital Usme I Nivel E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* gerencia@eseusme.gov.co
TELÉFONOS 091 7660666	*FECHA DE INGRESO* DIA 14 MES 8 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DIA 14 MES 4 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO CONSULTORIA ESPECIALIZADA	*DEPENDENCIA* Subgerencia Administrativa y Financiera		*DIRECCIÓN* Transversal 2 N° 135-78 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	4	10
PRIVADO	1	1
PARTICULAR	0	12
TOTAL	4	1

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