| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2022-07-01 | **Hasta:** | 2022-07-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | EDNA CONSTANZA ORTEGON MENDOZA | | **Número de Documento:** | 52762256 | |
| **Correo Electrónico:** | conyconsentida@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3219250458 | |
| **Nombre del Supervisor:** | OSWALDO CASAS VALBUENA | **Cargo:** | PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1590-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 426 |
| **Perfil:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | SIRC | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N11TS | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | TRASLADO SECUNDARIO | 168 | 0 | 11212 | $1883616 | 77.4% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1883616** | **UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS DIECISEISPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2022-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2022-04-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2022-04-01 | 2022-07-31 | 1 | $ 6237810 | 1074 |
| 2 | 2022-06-01 | 2022-06-30 | 2 | $ 214242 | 1753 |
| 3 | 2022-07-01 | 2022-09-30 | 3 | $ 4983114 | 1954 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3027240 |
| 2 | MARZO | $ 2642478 |
| 3 | ABRIL | $ 2626830 |
| 4 | MAYO | $ 2626830 |
| 5 | JUNIO | $ 2292234 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 7296750** | **$ 18731916** | **$ 13215612** | **$ 5516304** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1). Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) acorde con la Lex Artis, segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes. | -Para el periodo comprendido del 1 al 31 de JUlIO de 2022 se realizan actividades propias de auxiliar de enfermería en el traslado de pacientes y debida adherencia a los procedimientos y protocolos institucionales entre las unidades de la Subred SUR | -Historia clínica |
| 2 | 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | Para el periodo del 1 al 31 de JUlIO de 2022 se realizan las actividades propias de traslados de pacientes brindando educación e informando a ellos las normas de bioseguridad y cuidad de la salud por temas de pandemia. | -Historia Clínica |
| 3 | 3). Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demàs criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente. | -Para el 1 al 31 de JUlIO 2022 Se registre en la historia clínica todos los detalles de atención al paciente según corresponda, con la debida adherencia a procedimientos y protocolos institucionales. | -Historia clínica |
| 4 | 4). Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, gulas, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -Para el mes de JUlIO de 2022 no se realiza actualización de documentos, sin embargo, se con la adherencia y atención de los pacientes con los protocolos y procedimientos actuales de consulta en la intranet. | -Historia clínica |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | 5) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución. | -Para el mes de JUlIO de 2022 se apoya en los procesos de atención y traslados internos de pacientes en la unidad móvil, los cuales son dirigidos a las unidades de la subred, prestando el debido servicio y apoyando en los procesos misionales asistenciales de la entidad en cada unidad según corresponda. | -Historia Clínica |
| 6 | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -trabaja en equipos con las unidades de nuestra subred sur, al momento de realizar los traslados de las unidades móviles para que se brinde una adecuada atención a los pacientes y así mismo apoyar en los servicios cuando se requiera. Se asiste a reuniones programadas, se tiene adherencia a seguridad del paciente cuidando que n se presenten eventos. | -listados de asistencia |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 2292234 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 60329809 | | |
| 2022 | JUNIO | 2022 | 07 | 14 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CUATROPESOS | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1000000 | $ 160000 | $ 160000 |
| Salud | | SALUD TOTAL | | $ 125000 | $ 125000 |
| ARL | 4 | SURA | | $ 0 | $ 0 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 290220** | **$ 285000** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 7590329624 |
|---|---|---|---|---|---|

**EDNA CONSTANZA ORTEGON MENDOZA**
**52762256**

**OSWALDO CASAS VALBUENA**
**PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD**


***© Siasur - 2022***

Cancelar

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ SI ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | constanza febrero.pdf | constanza febrero.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO 2022 CONSTANZA ORTEGON | constanza ortegon.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 1588-2022 ABRIL | constanza ortrgon abril.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO-1588-2022 MAYO | constanza ortegon mayo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Se certifica que **EDNA CONSTANZA ORTEGON MENDOZA**, identificada con **CC** número **52762256**, aportó por el empleado **EDNA CONSTANZA ORTEGON MENDOZA**, identificado(a) con **CC** número **52762256** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **60329809** para el periodo de salud **2022-06** y pensiones **2022-06** de la siguiente forma.

| TIPO | CODIGO | NOMBRE | NIT | COTIZANTE | SUBTIPO | TAE | RET | TDE | TAE | TDF | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECION | DIAS | IBC | TARIFA APORTE | CLASE RIESGO | INDICA TARIFA PENSION | COTIZACION Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NUMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | NOVEDADES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensiones | 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 800336004 | 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.000.000 | 0,16000 | | | $160.000 | $0 | $0 | Junio - 2022 | 60329809 | 14/07/2022 | N |
| Salud | EPS008 | Compensar EPS | 860066942 | 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.000.000 | 0,12500 | | | $125.000 | $0 | $0 | Junio - 2022 | 60329809 | 14/07/2022 | N |

El presente certificado se expide a los 22 días del mes Julio de 2022

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2022

Fecha Validación:25-jul-2022

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| ORTEGON | MENDOZA | EDNA CONSTANZA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52762256 | F (X) M ( ) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 8 MES JUN AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Valle De San Juan

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kra 80 G # 58 J 46 Sur Bosa Clarelandia

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0317300000

EMAIL conyconsentida@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 DICIEMBRE AÑO 2014 |
| | | | | | | | | | | 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 | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Formación técnica | 6 | X | | TECNICA PROFESIONAL EN DESARROLLO AMBIENTAL | 11 | 2018 | |
| Universitaria | 10 | X | | INGENIERIA AMBIENTAL | 1 | 2000 | |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA | INSTITUTO DE CAPACITACION TECNICO | 2004 | 1835 |

***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 |

## 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*<br>subred sur | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>Subredsur@gmail.com |
| *TELÉFONOS*<br>3693131 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 1 MES 4 AÑO 2007 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO*<br>auxiliar de enfermeria | *DEPENDENCIA*<br>urgencias | | *DIRECCIÓN*<br>hospital tunal |

## 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* |
| Privada | 0 | 0 |
| Pública | 15 | 3 |
| Total | 15 | 3 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2022

Fecha Validación:25-jul-2022

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ 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).

Bogotá D.C. - 25-jul-2022
*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 UNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2022

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** EDNA CONSTANZA ORTEGON MENDOZA

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52762256 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** Kra 80 G # 58 J 46 Sur Bosa Clarelandia **Teléfonos** 3219250458 0317300000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| floremia mendoza galeano | 28935724 | Madre |
| Jose Vicente Ortegon Conde | 2389253 | Padre |
| SARA KAMILA MOLINA ORTEGON | 1029149796 | Hijo(a) |
| Danny Armando Rodriguez Ortegon | 1000117873 | Hijo(a) |
| Jehan pierre Felipe Rodriguez Ortegon | 1012341756 | 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 | $ 30.257.928,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 30.257.928,00 |

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 | Cuenta de ahorros | 007590329624 | Kennedy | $ 60.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2022

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| DAVIVIENDA | TARJETA DE CREDITO | $ 2.800.000,00 |

## 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 |
|---|---|
| auxiliar de enfermeria | urgencias |

## 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

52762266 BTA

BOGOTÁ D.C. 25-jul-2022

**CIUDAD Y FECHA**

# FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombre: | EDNA CONSTANZA ORTEGON MENDOZA |
| Identificación: | 52762256 |
| Entidad: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |
| Cargo: | Contratista |
| Correo: | conyconsentida@hotmail.com |
| Tipo declaración: | Para suscribir contrato de prestación de servicios |
| Fecha Declaración: | 25/07/22 0:00 |

El servidor Público o colaborador, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones, potenciales, reales o aparentes, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las causales que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés. Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con un interés particular. De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con mi interés particular.

De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Para efectos del diligenciamiento: Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento: