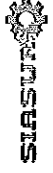


|                                                                                                                                                 |  |                                                                                   |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <br><b>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</b> |  | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.</b>                          |  |  |  |
| <b>INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                           |  |  |  |  |  |

| DATOS DEL INFORME     |        |                                |        |                                |                 |
|-----------------------|--------|--------------------------------|--------|--------------------------------|-----------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2022-07-01                     | Hasta: | 2022-07-31                     |                 |
| Nombre Contratista:   | del    | JUAN ESTEBAN CASTAÑEDA POLANIA |        | Número de Documento:           | 1030601290      |
| Correo Electrónico:   |        | juancastaneda@uan.edu.co       |        | Número Telefónico:             | 3155845384      |
| Nombre Supervisor:    | del    | YURDY CUEVAS DUARTE            | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO VIII | Código Grado: - |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                     |               |      |                       |     |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                 | 1645-2022                           | Año Contrato: | 2022 | CDP Contrato Inicial: | 426 |
| Perfil:                       | MÉDICO GENERAL                      |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:          | USS TUNAL                           |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                     |                                                                   |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                           | Unidad                                                            | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| B02TN                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS TUNAL                                                         | 180          | 0                        | 34577      | \$6223860 | 93.8%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 6223860                          | SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                   |      |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------------------------|------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2022-02-01          |             | Fecha de Terminación del Contrato |      | 2022-04-30 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | No. Adición | Valor Adición                     | CDP  |            |
| 1                                   | 2022-04-01   | 2022-07-31          | 1           | \$ 12447730                       | 1074 |            |
| 2                                   | 2022-07-01   | 2022-09-30          | 2           | \$ 11617872                       | 1954 |            |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                     |      |            |
| 1                                   |              | FEBRERO             |             | \$ 5808936                        |      |            |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                                                                                                                                            |  |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2                                                       | MARZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 6638784       |                                                                                                                                                                            |  |
| 3                                                       | ABRIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 5808936       |                                                                                                                                                                            |  |
| 4                                                       | MAYO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 6223860       |                                                                                                                                                                            |  |
| 5                                                       | JUNIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 6223860       |                                                                                                                                                                            |  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO                                                                                                                                                         |  |
| \$ 19916352                                             | \$ 43981944                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ 30704376      | \$ 13277568                                                                                                                                                                |  |
| 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 (médico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E. de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOCO) y demás normas concordantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  | --Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica. |  |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  | --Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica  |  |
| 3                                                       | 3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, interrelaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con integridad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). |                  | --Diligenciar historia clínica de acuerdo a la normatividad vigente.                                                                                                       |  |
| 4                                                       | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  | --Diligenciar correcta y oportunamente la información que exija el sistema de información de la subred.                                                                    |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  | --Historia clínica<br>Concurren.                                                                                                                                           |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  | --Historias Clínicas, Auditorias                                                                                                                                           |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  | --Auditorías, inconformidades relacionadas con el diligenciamiento inadecuado y fuera de las fechas solicitadas.                                                           |  |

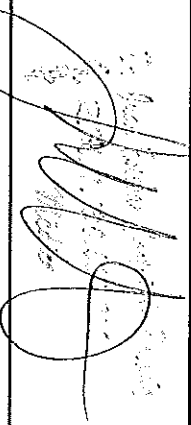
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                      |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5                                                       | 5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. | --Ejecutar los procedimientos médicos y quirúrgicos a que haya lugar de una manera pertinente, con oportunidad dentro del marco del cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el manual de bioseguridad                                                                                                                                                                                                                                               | --Historia clínica y Auditorías Concurrentes.                                             |
| 6                                                       | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.                                                                                                      | --Cumplir las actividades médicas en los horarios que la institución tiene definidos para la prestación del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | --Recibo y entregas de Turno ,Registros en historia clínica Auditorías Recurrentes        |
| 7                                                       | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.                                                    | --Diligenciar y hacer entregar al paciente y/oa su acompañante todos los documentos que se requieren al egreso de los asignados a su cuidado (formulars médicas, recomendaciones médicas, signos de alarma, solicitud de apoyo diagnóstico para toma ambulatoria, solicitud de control médicos , incapacidades, etc.), diligenciar todos los formularios implementados por la nación, ente territorial y la IPS que tienen como fin el seguimiento estadístico. | --Historia clínica, formato de notificación de interes publico, lesiones de causa externa |
| 8                                                       | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.                                                                      | --informar al paciente y al usuario autoridad y cuando se requiera a la competencia sobre la ruta de atención al servicio, así como la evolución del estado de salud a los pacientes y familiares asignados a su cuidado.                                                                                                                                                                                                                                       | --Historia clínica Concurrentes, Auditorías                                               |
| 9                                                       | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                                               | --Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | --Historias Clínicas, Auditorías Concurrentes                                             |

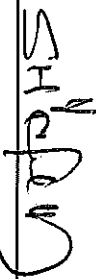
# INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago                      |       | Fecha de Pago |     |     | Número de Planilla                      | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior |                             |                | \$ 6223860  |
|---------------------------------------------------------|-------|---------------|-----|-----|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|-------------|
| AÑO                                                     | MES   | AÑO           | MES | DÍA | 7845239977                              | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior |                             |                |             |
| 2022                                                    | JUNIO | 2022          | 07  | 13  |                                         |                                                  |                             |                |             |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |       |               |     |     |                                         |                                                  |                             |                |             |
| Item                                                    |       |               |     |     | SEIS MILLONES<br>SESENTAPESOS           | DOSCIENTOS                                       | VEINTITRES                  | MIL            | OCHOCIENTOS |
| Pensionado                                              |       |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización                       | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |             |
|                                                         |       |               |     |     | PROTECCIÓN                              |                                                  | \$ 398327                   | \$ 398400      |             |
|                                                         |       |               |     |     | SÁNTAS                                  | \$ 2489544                                       | \$ 311193                   | \$ 311200      |             |
| Salud                                                   |       |               |     |     |                                         |                                                  |                             |                |             |
| ARL                                                     |       |               |     |     | 3                                       | SURA                                             | \$ 60645                    | \$ 60700       |             |
| Caja de Compensación                                    |       |               |     |     | NO                                      | Total                                            | \$ 722515                   | \$ 770300      |             |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | de | 0550009000686239 |
|------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|----|------------------|
|------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|----|------------------|

  
**JUAN ESTEBAN CASTAÑEDA POLANÍA**  
 1030601290

  
**YURIDY SHIRLEY CUSCAS DUARTE**  
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO VIII



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  
S.I.E.S.E.

Sideap

Última Actualización: 22-jul-2022

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

YO, JUAN ESTEBAN CASTAÑEDA POLANIA  
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1030601290 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.  
Dirección juancastaneda@uan.edu.co Teléfonos 3155845384 7121699

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS              | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|----------------------------------|------------------------|------------|
| CONSUELO MIREYA POLANIA MANCHOLA | 36152893               | 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                          | \$ 6.300.000,00        |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00                |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>\$ 6.300.000,00</b> |

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 | 009000656239        | CIUDAD MONTES     | \$ 1.400.000,00    |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | 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  
S.I.E.S.E.

Sideap

Última Actualización: 22-jul-2022

**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. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> |                  |

**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-jul-2022

CIUDAD Y FECHA

|                          |     |     |         |     |         |                |       |
|--------------------------|-----|-----|---------|-----|---------|----------------|-------|
| EDUCACIÓN BÁSICA         |     |     |         |     |         | TÍTULO         | Líder |
| PRÁCTICA                 |     |     | SEGUNDA |     | TERCERA | FECHA DE GRADO |       |
| 1.                       | 2.  | 3.  | 4.      | 5.  | 6.      | 7.             | 8.    |
| 9.                       | 10. | 11. | 12.     | 13. | 14.     | 15.            | 16.   |
| MES: NOVIEMBRE AÑO: 2003 |     |     |         |     |         |                |       |

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

|                               |  |                                                                                                     |  |                                                                                               |  |                                                                                                                                                             |  |
|-------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| CASTAÑEDA                     |  | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                         |  | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 109501280 |  | SEXO <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRAÑERO <input type="radio"/> |  |
| PRIMER APELLIDO               |  | SEGUNDO APELLIDO (o de casado)                                                                      |  | POBLA                                                                                         |  | MAY. ESTEBAN                                                                                                                                                |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO   |  | PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 103501280 |  | D.M. 3                                                                                        |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA                                                                                                                                |  |
| FECHA DIA 12 MES NOV AÑO 1981 |  | P.A.S. Colorida                                                                                     |  | DEPTO. Boyal D.C.                                                                             |  | P.A.S. Colorida                                                                                                                                             |  |
| DEPTO. Boyal D.C.             |  | CIUDAD Boyal D.C.                                                                                   |  | TELEFONO 7121699                                                                              |  | E.M.A.L. jarames@unah.edu.hn                                                                                                                                |  |
| CIUDAD Boyal D.C.             |  |                                                                                                     |  |                                                                                               |  |                                                                                                                                                             |  |

**DATOS PERSONALES**


**FORMATO ÚNICO**  
**HOJA DE VIDA**  
 Persona Natural  
 (Leyes 150 del 1995, 489 y 493 del 1999)  

 Dirección de Asesoría Jurídica, 224 y 225  
 P.O. Box 80000, Santiago 22, Chile 20022

| OCCUPACIÓN           |   | AÑOS | MESSES |
|----------------------|---|------|--------|
| TEMPO DE EXPERIENCIA |   |      |        |
| Práticas             | 0 | 3    | 3      |
| Total                | 3 | 3    | 3      |

INDICAR EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

[illegible]

### 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTO ORDEN CRONOTÓLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

R B MB R B MB R B MB

ESCRIBIR LOS NOMBRES DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HAGA LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R) BIEN (B) O MAL (M) (23)

DO MANTO DE MOXAS

|                                                                                                                                        |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>FORMATO ÚNICO</b><br/> <b>HOJA DE VIDA</b><br/>         Persona Natural<br/>         (Leyes 190 de 1895, 489 y 419 de 1998)</p>  |  |
| <p><b>Sideap</b><br/>         S. de R. L.<br/>         Oficina Administrativa 224-4-2022<br/>         Calle 4 Viena Sur 224-4-2022</p> | <p>Hoja de Vida sin valor</p>                                                       |



**FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA**  
 Persona Natural  
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1993)

Hoja de Vida en Validez  
  
 Última Actualización: 22-jul-2022  
 Fecha Validación: 22-jul-2022

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFESTO 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 MENCIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 22-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



BOGOTÁ



## FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

### DATOS PERSONALES

|                    |                                                    |
|--------------------|----------------------------------------------------|
| Nombre:            | JUAN ESTEBAN CASTAÑEDA POLANIA                     |
| Identificación:    | 1030601290                                         |
| Entidad:           | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.  |
| Cargo:             | Contratista                                        |
| Correo:            | juancastaneda@uan.edu.co                           |
| Tipo declaración:  | Para suscribir contrato de prestación de servicios |
| Fecha Declaración: | 22/07/22 0:00                                      |

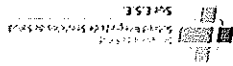
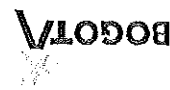
El servidor Público o colaborador, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones, potenciales, reales o aparentes, que puedan llegar a ser constitutivos de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente 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:



Para constancia se expide  
Julio 24, 2022

Recibió actualización en **SEGURIDAD DEL PACIENTE** con una intensidad de  
20 horas

1030601290

JUAN ESTEBAN CASTAÑEDA POLANIA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.  
certifica que:



7Qa89UN3Zd