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:	EDWIN VELANDIA MORANTES		**Número de Documento:**	1115733289	
Correo Electrónico:	e.velandia.m@gmail.com		**Número Telefónico:**	3209622674	
Nombre del Supervisor:	EDILMA GALINDO CASTILLO	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6290-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1074
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	180	0	18100	$3258000	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3258000**	**TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-06-02		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-07-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-07-01	2022-09-30	1	$ 3366600	1954
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		JUNIO		$ 3258000	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6624600	$ 9991200	$ 3258000	$ 6733200

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de apoyo como profesional de enfermera en la Subred Sur con el pleno conocimiento de los estándares re calidad y oportunidad, seguros, eficientes y humanizados y cumplimiento de protocolos y guías de manejo de la Entidad durante el tiempo de disponibilidad indicando en su propuesta	--BRINDAR ATENCION HUMANA EFICAZ , Y DE CALIDAD TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO QU REQUIERA EL SERVICIO .	-1.1 -DURANTE LOS PROCESOS DE ATENCION REALICE PREVIA PRESENTACION A CADA PACIENTE Y REALICE LA EXPLICACION A LA REALIZACION DE TODOS LOSP ROCEDIMIENTOS ORDENADOS POR EL MEDICO TRATANTE , GARANTIZANDO , UNA ATENCION HUMANIZADA Y OPORTUNA , EVIDENCIANDO EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA REALIZADAS EN DINAMICA GENERENCIAL , LA VERBALIZACION DE LOS PACIENTES Y EN EL GIRO CAMA DE AREA DE EXTENSION –PASILLO
2	Cumplir la meta de producción acordada con el supervisor de contrato para efectos de las actividades y/o productos del servicio contratado	-2. -ADHERENCIA EN LA REALIZACION DE LOS PLANES DE NEFERMERIA PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON PARA CADA PACIENT INGRESADO AL AREA DE EXTENSION - PASILLO ESTEBLECIDO POR LA SUB RED	-2.2 PLANES DE ENFERMERIA REALIZADOS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL A TODOS LOSP ACIETNE INGRESADOS AL AREA DE EXTESION - PASILLO DURANTE EL MES
3	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención medica con plena autonomía y pertinencia.	- 3-REALIZAR LA ADHERENCIA EN EL REGISTOR Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS ESCALAS DE RIESGO DE CAIDAS ,VALORACION DE PIEL Y PATRONES FUNCIONALES A TODOS LO INGRESOS DE PACIETNE S AL AREA DE EXTENSION - PASILLO , DE IGUAL MACNERA , EL REGISTRO DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS (TOMA DE UROCULTIVOS Y PASO DE SONDA VESICALES) EN HISTORIA CLINICA DE PACIENTE	-3.3-ESCALAS DE REFGISTRO DE CAIDA , VALORACION INICIAL DE PIEL , Y PATRONES FUNCIONALES REALIZADOS A TODOS LOS INGRESOS AL AREA DE EXTENSION -PASILLO DURANTE EL MES DEL MARZO 2022 EVIDENCIAS EN EL SISTEMA DE DINAMICA GERENCIAL
4	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante	-4-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL , PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS INCLUIDAS DENTRO LOSP LANES DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD (sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS), ASI COMO LOS PLANES QUE SE FORMULEN EN PLAN OBLIGATORIO ANUAL Y EL PLAN DE GESTION , GUIAS , PROTOCOLOS , PROCEDIMIENTOS Y MIPG, CODIGO DE INTREGRIDAD DE LA SUBRED SUR-ESE.	-4.4-LISTA DE ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES Y SOCIALIZACION REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2022 - TITULACIN DE MADICAMENTOS - SAL ERA - EVALUACION REVISION Y SEGUIMIENTO DEL CARRO DE PARO USO SOBRE EL APLICATIVO SIASUR - CADENA DE USTODIA - CODIGO BLNACO Y PACIENTE CON HERIDA POR ARMA DE FUEGO , POLITRAUMATIZADO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Diligenciar completamente la historia clínica dando cumplimiento a las características de la misma, integridad, secuencialidad, coherencia, pertenencia, racionalidad científica (forma lógica, clara y completa) disponibilidad y oportunidad, cumpliendo con los parámetros exigidos de calidad y la normatividad legal vigente en la información registrada y demás documentos adoptados por la Subred y por la exigida por el Decreto 3518 de 2006, en ocasión de la ejecución de los pactados en el presente contrato	-5-ADMINISTRAR MEDICAMNETOS UTILIZANDO LOS 12 CORRECTOS Y LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESTEBLECIDAS POR LA INSTITUCION	-5.5-REALIZACION DE NOTAS DE ENFERMERIA ,DOSIFICACION Y DESCARGUE DE MEDICAMENTOS EN APLICATIVO DE DINAMICA GERENCIAL
6	Realizar la toma de las muestras de los pacientes sospechocos y/o positivos para covid	-6-ACTIVACION DE LA LINEA ROSA EN LOS CASOS DE CODIGO BLNACO MAYOR Y MENOR A 72 HORAS SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL .	-6.6-REGISTRO TELEFONICO A LA LINEA ROSA 3219006442 DE LA SUB RED WSUR Y LA REALIZACION DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA DE TODOS LOS PROCEDIMEINTOS RELIZADOS A ESTOS CASOS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL ,
7	Realizar registros en los aplicativos de Dinamica Gerencial y SIDCRUE de las atenciones realizadas	-7-RADICACION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE EXTENSION -PASILLO DE OTRAS EPS Y RADICACION DE REQUIRIMIENTOS NO OFERTADOS POR LA SUBRED	-7.7SE EVIDENCIA RESPECTIVA RADICACION EN EL LIBORO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA UBICANDO EN EL AREA DE RADIO DE LA USS MEISSEN
8	Realizacion confirmacion telefonica con los usuarios a los cuales se les va a relalizar la toma de las muestras	-8-REALIZAR DOSIFICACION DE MIDICAMENTOS DE TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESASN A AREA DE EXTENSION -PASILLO , VERIFICANDO FECHAS DE VENCIMIENTO Y GARNTIZAR DOSIS PARA ESTANCIA HOSPITALARIA	-8.8-CARRO DE MEDICAMNETOS DE EXTENSION-PASILLO LIMPIO Y CON CUBICULOS MARCADOS CON DOCUMENTO DE PACIENTE PARA EVIAR ERRORES EN LA ADMINISTRACION
9	Realizar seguimiento telefonico a los usuarios que se encuentren en el programa	-9-SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA A SU CARGO CON EL FIN DE BRINDAR UNA ATENCION OPORTUNA Y HUMANIZADA A TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LAREA DE EXTENSION – PASILLO	-9.9-MEJORA EN LA REALIZACION DE TOMA DE EXAMENES , TOMA DE ELCTROCARDIOGRAMAS, MONITORIZACION DE PACIENTES DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION Y SEGUN SU CONDICION , EVIDENCIANDO EN LAS NOTAS DE NEFERMERIA RELIZADAS POR EL PERSONAL AUXILIAR EN APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
10	Demás actividades inherentes a su objeto contractual.	-10-DILIGENCIAR EL FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL CARRO DE MEDICAMENTOS , DILIGENCIAR EL RECIBO Y ENTREGA DE TURNO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA SUBRED SUR	-10.10-REGISTRO DE LA CARPETA DE LIMPIEZA Y DESINFECCCION DIARIA DEL CARRO DE MEDICAMENTOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS DEL AREA DE EXTENSION - PASILLO DEL MES MARZO 2022 - SE EVIDENCIA ENLA CARPETA DE RECIBO Y ENTREGA DE TRUNO QUE SE NECUENTRA EN EL MESON DEL AREA DE EXTENSION - PASILLO USS MEISSEN

© Siasur - 2022

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		$ 3258000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9437583519			
2022	JUNIO	2022	07	25				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	$ 1303200	$ 208512	$ 208600
Salud					NUEVA EPS		$ 162900	$ 162900
ARL				3	SURA		$ 31746	$ 31800
Caja de Compensación				NO		Total	$ 378215	$ 403300

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550506100099668

Edwin Velandia

EDWIN VELANDIA MORANTES
1115733289

Edilma Galindo Castillo
C.C. 52311878
Jefe
FUM

EDILMA GALINDO CASTILLO
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

© Siasur - 2022

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA 2022 JUNIO EDWIN VELANDIA CTO 6290.pdf	CUENTA 2022 JUNIO EDWIN VELANDIA CTO 6290.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

aportes en linea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115733269		VELANDIA MORANTES EDWIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 26 5 B 40 a sur 33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8965540	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	37583519	94375837519	I	2022/07/25	2022/07/25	BANCO AV VILLAS	0	$401,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL(1 Afiliados)					$1,303,200	$208,600			$1,303,200	$162,900			$0	$0			$1,303,200	$31,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,303,200	$208,600			$1,303,200	$162,900			$0	$0			$1,303,200	$31,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTÁ Depar: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,303,200	$208,600			$1,303,200	$162,900			$0	$0			$1,303,200	$31,800		$0	$0
1	CC 1115733269	VELANDIA EDWIN	23[illegible]	30	$1,303,200	$208,600	EPS037	30	$1,303,200	$162,900	0	30	$0	$0	14-11	30	$1,303,200	$31,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,303,200	$208,600			$1,303,200	$162,900			$0	$0			$1,303,200	$31,800		$0	$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2022/07/25 11:55 AM

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1113733283		VELANDIA MORANTES EDWIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 78 J # 40 a sur 33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8873540	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	37583549	94375837519	E	2022/07/25	2022/07/25	BANCO AV VILLAS	0	$403,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,600	$0	$0	$208,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,600	$0	$0	$208,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,800	$0	$0	$31,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,800	$0	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,900	$0	$0	$162,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,900	$0	$0	$162,900
TOTAL				1	$403,300	$0	$0	$403,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2022/07/25 11:55 AM

Escaneado con CamScanner

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
VELANDIA	MORANTES	EDWIN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1115733289

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1115733289 D.M DECIMA OCTAVA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES NOV AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Arauca

CIUDAD Saravena

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 78 J 40 A 33 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3209622674

EMAIL e.velandia.m@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 ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES DICIEMBRE AÑO 2009

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
Universitaria	9	X		ENFERMERIA	5	2020	1115733289

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO	INSTITUTO TECNICO DE EDUCACION Y	2022	60
SOPORTE VITAL AVANZADO	INSTITUTO TECNICA DE EDUCACION Y	2022	90
ATENCION INTREGRAL A VICTIMAS DE	INSTITUTO TECNICA DE EDUCACION Y	2022	60
TOMA DE MUESTRAS Y LABORATORIO	INSTITUTO TECNICA DE EDUCACION Y	2022	60

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

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA COLSUBSIDIO CUIDAD DE ROMA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	seleccion.colsubsidio@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3143616561	DIA 25 MES 4 AÑO 2021	DIA 4 MES 4 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERO	ENFERMERIA	Calle 53 Sur.º, Cra. 79d #71, Bogotá

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA MEDICAL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	clinicamedical@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3183383681	DIA 2 MES 8 AÑO 2020	DIA 7 MES. 7 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERO	ENFERMERIA	Cl. 1d #17A-35, Bogotá

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	1	8

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

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*
Pública	0	0
Total	1	8

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

Edwin Velandia.

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EDWIN VELANDIA MORANTES

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1115733289 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección KR 78 J 40 A 33 SUR **Teléfonos** 3209622674 3209622674

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
HERMOGENES VELANDIA CARVAJAL	96187603	Padre
HEIDY LORENA VELANDIA RAMIREZ	1157964402	Hijo(a)
GRACIELA MORANTES SEGURA	68246758	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	$ 3.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 3.000.000,00

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
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	055050610009966 8	TIMIZA	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	410-55049	$ 22.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	MEJORA DE VIVIENDA	$ 16.000.000,00

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

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

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Edwin Yolandra.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 25-jul-2022

CIUDAD Y FECHA

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	EDWIN VELANDIA MORANTES
Identificación:	1115733289
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	e.velandia.m@gmail.com
Tipo declaración:	Terminación del Contrato por 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: Terminación del Contrato por Prestación de Servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

JpTRPjUmni

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

EDWIN VELANDIA MORANTES

1115733289

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

Para constancia se expide

julio 18, 2022

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

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

EDWIN VELANDIA MORANTES

1115733289

Desarrollo el Curso de

CÓDIGO DE INTEGRIDAD

Fecha: 18 julio 2022

Horas de crédito: 8

L6FzYFDZ54

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
S.u.E.S.E.

BOGOTÁ

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.

Se registró la información con éxito

Aceptar

Unidad de atención