

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2022-07-01	Hasta:	2022-07-31
Nombre del Contratista:	FIDEL YAIR MONTES BEJARANO		Número de Documento:	1049640908
Correo Electrónico:	YMONTESB@HOTMAIL.COM		Número Telefónico:	3504915474
Nombre del Supervisor:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ	Cargo:	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3898-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	467
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenecce:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
J02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	180	0	9729	\$1751220	93.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1751220	UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-12-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 1634472	
2	MARZO	\$ 1751220	
3	ABRIL	\$ 1751220	
4	MAYO	\$ 1867968	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
5	JUNIO	\$ 1751220	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 42963264	\$ 42963264	\$ 8756100	\$ 34207164
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, 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 (SOGC) y demás normas concordantes.	--RECIBO Y ENTREGA DE TURNO,ME PRESENTO EN EL AREA ASIGNADA VERIFICANDO LOS EQUIPOS ASIGNADOS	--Registro de historias clinicas
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.	--REALIZO EL TRASLADO DE PACIENTES DEACUERDO A SUS CONDICIONES MEDICAS,TENIENDO ENCUNTA LAS RECOMENDACIONES ENTREGADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA	--Sistema dinámica
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, 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 (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.	--APOYO EN LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA,CUANDO SE REQUIERA	--Historia clínica
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--PARTICIPO EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y CUIDADOR,SOBRE LOS HABITOS SALUDABLES,REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA	--Utilización de plataformas institucionales
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.	--INFORMO AL PERSONAL DE ENFERMERIA LAS SITUACIONES PRESENTADAS CON LOS EQUIPOS	--Historia clínica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--MESA DE AYUDA,SUBREDSUR,DINAMICA	-Registro de historias clínicas, Formatos institucionales planes, desmejoramiento

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 \$ 1751220			
AÑO	MES	AÑO	MES .	DÍA	1046617192				
2022	JUNIO	2022	07	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1000000	\$ 160000	\$ 160000
Salud						SÁNTAS		\$ 125000	\$ 125000
ARL					3	SURA		\$ 24360	\$ 24400
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 290220	\$ 309400
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	462670004003		


FIDEL YAIR MONTES BEJARANO
 1049640908


ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ
 PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

Simple

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-07-13, 04:15:12 AM Tipo Planilla: 1 PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1046017102
Período Cotización: junio de 2022 Período Servicio: junio de 2022 Referencia pago (PIN): 8847265030

PAGADO 12/07/2022 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FIDEL YAIR MONTES BEJARANO	Dirección	CALLE 13 SUR # 24 H - 54
Documento	CC1049640908	Teléfono	3504915474
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Identificación	ARL SURA
Representante Legal			
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades				Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total
Identificación	Apellido y Nombre	Tar. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Adm. Cotización	Total
CC 1049640908	FIDEL YAIR MONTES BEJARANO	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	\$ 300.400

III. TOTALES

ISC Pension	\$ 1.000.000	ISC Salud	\$ 1.000.000	ISC Riesgos	\$ 1.000.000	ISC Cajas	\$ 0	Aportes Pension	\$ 160.000	Aportes Salud	\$ 120.000	Aportes Riesgos	\$ 24.000	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Sura	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes MSA Educando	\$ 0	Aportes Unimontes, Solimontes a Fianci SPS	\$ 0	Importaciones AFP	\$ 0	SUBTOTAL EN INTERESES DE MORA	\$ 300.400	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 300.400
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	----------------------	------	--	------	-------------------	------	-------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------



Busqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar

11 de página Ayuda

Contratos -> Ver contrato

1. Información general
2. Cuestionario
3. Bases y anexos
4. Cuestionario del Proveedor
5. Documentos del contrato
6. Información presupuestal
7. Ejecución del Contrato
8. Resoluciones del Contrato
9. Metadatos

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
☐	febrero-3898-2022.pdf	febrero-3898-2022.pdf	Proveedor Descarga Detalle
☐	Marzo-3898-2022.pdf	Marzo-3898-2022.pdf	Proveedor Descarga Detalle
☐	Abril-3898-2022.pdf	Abril-3898-2022.pdf	Proveedor Descarga Detalle
☐	Mayo-3898-2022.pdf	Mayo-3898-2022.pdf	Proveedor Descarga Detalle
☐	JUNIO-3898-2022.pdf	JUNIO-3898-2022.pdf	Proveedor Descarga Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal



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: 26-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FIDEL YAIR MONTES BEJARANO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1049640908 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Calle 13 sur # 24h-54

Teléfonos 3504915474 4688109

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
IAN JAIR THOMAS MONTES ALONSO	1140931568	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 DEMAS INGRESOS LABORALES	\$ 19.200.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 1.600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 20.800.000,00

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	462670004003	LA CALERA	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehículo	MOTO PULSAR	\$ 4.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
CODENSA	TARJETA DE CREDITO	\$ 500.000,00
HIJO	MANUTENCION	\$ 400.000,00
TRANSPORTE	TRANSPORTE	\$ 300.000,00

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.  Última Actualización: 26-jul-2022
 El futuro es de todos Gobierno de Colombia	Seguridad social	Seguridad social
		\$ 300.000,00

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

3. FIRMA



 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 26-jul-2022

 CIUDAD Y FECHA



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: 26-jul-2022

Fecha Validación: 26-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
español (o castellano)			X			X			X

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Universitario Nacional de Colombia	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD https://www.hun.edu.co/	
TELÉFONOS 3904888	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 7 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA unidad de cuidados intensivos	DIRECCIÓN Cl. 44 #59-75, Teusaquillo, Bogotá	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Coltempora	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD recursoshumanos@grupocoltempora.com	
TELÉFONOS 2877300	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 4 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 7 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR EN SALUD	DEPENDENCIA Hospital universitario da la samaritana	DIRECCIÓN calle 33 # 6b-24	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred 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 WWW.SUBREDSUR.GOV.CO	
TELÉFONOS 7428585 EXT 1504	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 1 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA USS TUNAL	DIRECCIÓN CRA 20# 47B - 35 SUR	



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: 26-jul-2022

Fecha Validación: 26-jul-2022

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MONTES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BEJARANO	NOMBRES FIDEL YAIR
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1049640908	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 1049640908 D.M. 007		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 30 MES ENE AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 13 sur # 24h-54 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4688109 EMAIL ymontesb@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO	Bachiller		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	DICIEMBRE	AÑO	2012

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Técnico laboral por competencias Auxiliar en	FUSDESA - Fundación de socorristas Desarrollo y	2016	1800



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: 26-jul-2022

Fecha Validación: 26-jul-2022

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

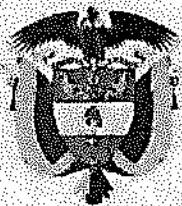
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESIMED		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	vinculacion@esimed.c	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7957155	DÍA 11 MES 4 AÑO 2017	DÍA 3 MES 8 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR EN ENFERMERIA	CAU DE LA 68	AVENIDA 68 # 13-71	

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	4	7
Pública	4	6
Total	5	3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 413 de 1998)

Hoja de vida sin validar

sideap^{2.0}

Última Actualización: 26-jul-2022

Fecha Validación: 26-jul-2022

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50, DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 26-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

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	FIDEL YAIR MONTES BEJARANO
Identificación:	1049640908
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	ymontesb@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	26/07/22 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 entre 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 entre 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 actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

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

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

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

Se registró la información con éxito

Aceptar

Procedimiento

Unidad de atención

Procedimiento

Dirección a la que pertenece (Proceso)

Procedimiento

Cargo (perfil)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

FIDEL YAIR MONTES BEJARANO

Identificado con C.C. 1049640908

Aprobó Satisfactoriamente el Curso de:

TOMA DE MUESTRAS

Con una duración de 48 horas

PARA CONSTANCIA SE FIRMA A LOS

16 de julio de 2022

1GdLi12rP



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

4thKOSxaoJ

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

FIDEL YAIR MONTES BEJARANO

1049640908

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

Para constancia se expide

julio 16, 2022