9230

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS EDUARDO BUSTOS FLORIDO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	3254070							
CORREO ELECTRONICO:	luisedo.bustosflorido@gmail.com				CELULAR:	3136067343							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DIRECCION DE CONTRATACION				SEDE:	SEDE ASDINGO							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	T513	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7500913152								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2997-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 8			
NÚMERO DE CDP	1415	FECHA	28/08/2018	NÚMERO DE CRP	38662	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Contratación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2018		30	9	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.837.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 0%								

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.818.467
VALOR EJECUTADO	$14.818.467
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.837.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $**1.953.105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES

Dado en Bogota D.C a los 30 dias del mes de Septiembre de 2018, lo anterior para que surta el pago pendiente, Cordialmente

MONICA E GONZALEZ MONTES
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUIS EDUARDO BUSTOS FLORIDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ASDINGO DIRECCION DE CONTRATACION		Sede:						
No. DE CONTRATO:	2997-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS EDUARDO BUSTOS FLORIDO		C. C.	3.254.070			DE	Yacoi (Cun)	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como **TECNICO ADMINISTRATIVO II - EN EL AREA DE CONTRATACION**, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Proyección de minutas (Contratos, Adiciones, Prórrogas, etc.) de los procesos contractuales de Órdenes de Prestación de Servicios.	SI	Se proyecto el montaje de la base de datos, minutas, requerimientos, para la elavoracion de 170 contratos, y la proyeccion y montaje de la base, Se proyectó el montaje de la base de datos, minutas, requerimientos, para la elavoracion de la contratacion masiva (3846) del mes septiembre de 2018.	Se puede verificar en la direccion de Contratacion.
2. Seguimiento a la legalización de minutas (Contratos, Adiciones, Prórrogas, Aprobación de pólizas e.t.c) de los procesos contractuales de Ordenes de Prestación de Servicios.	SI	Se hizo el seguimiento contractual a la contratacion asignada y aplicada en secop2 , de acuerdo a su ejecución, periodo de Septiembre de 2018, bajo el aplicativo Secop2	Se puede verificar en la direccion de Contratacion.
3. Proyección de actas (Suspensiones, Reinicios, Terminaciones, Modificaciones e.t.c) de los procesos contractuales de asuntos sometidos a su consideración.	NO	se subio en la plataforma secopI, 25 reinicos de contratistas suspendidos en meses anterires	Se puede verificar en la direccion de Contratacion.
4. Preparar y entregar la información solicitada a la Dirección de Contratación hacia entes internos y externos, según requerimientos realizados al área.	SI	Se entrego en su debido momneto la base de datos en lo que tiene que ver con 217 contratos nuevos con el codigo del secop II, de Agosto de 2018 para el informe del Sivicof	Se puede verificar en la direccion de Contratacion.
5. Brindar atención personal y telefónica a los usuarios que lo requieren.	SI	Se brindó la atención requerdida por el cliente interno de manera eficaz y oportuna, para el periodo de Agosto de 2018	Se puede verificar en la direccion de Contratacion.
6. Las demás que sean asignadas por el Supervisor de acuerdo al objeto contractual	SI	Fueron atendidas de manera oportuna, para el periodo de Septiembre de 2018	Se puede verificar en la direccion de Contratacion.
OTROS:			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE. ($1.837.000.oo)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 3254070
NOMBRES Y APELLIDOS	Bustos Florido,Luis Eduardo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	22/02/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Bustos Florido,Luis Eduardo, a los 12 días del mes de septiembre del año 2018.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS EDUARDO BUSTOS FLORIDO identificado(a) con C.C No. 3.254.070, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 12 de septiembre del 2018.

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

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

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

ARL | sura

Medellín, 17 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que LUIS EDUARDO BUSTOS FLORIDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 3254070 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C32540701826029130

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/09/2018 8.05 AM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BUSTOS	FLORIDO	LUIS EDUARDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 3254070

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 744444 D.M 52

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES NOV AÑO 1959

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Yacopí

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA. 85 A No. 44-09 T6 APTO. 421

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7797296

EMAIL luisedo.bustosflorido@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.* X	MES DICIEMBRE AÑO 2000

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: LISTOS S.A.	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: luisedo.bustosflorido@gmail.com	
TELÉFONOS: 2188711	*FECHA DE INGRESO*: DIA 14 MES 8 AÑO 2003	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 7 AÑO 2004	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de Nomina (Telecóm en Liquidación)	*DEPENDENCIA*: RECURSOS HUMANOS	*DIRECCIÓN*: CRA. 10- No. 23-64	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: TELECOM	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: luisedo.bustosflorido@gmail.com	
TELÉFONOS: 5931121	*FECHA DE INGRESO*: DIA 30 MES 11 AÑO 1995	*FECHA DE RETIRO*: DIA 26 MES 9 AÑO 2003	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar Administrativo	*DEPENDENCIA*: RECURSOS HUMANOS	*DIRECCIÓN*: CRA. 10- No. 23-64	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	10	11
PRIVADO	5	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	16	7

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA SON VERACES. [illegible]

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SERVICIOS & ASESORÍAS S.A.	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: luisedo.bustosflorido@gmail.com	
TELÉFONOS: 7560505 Ext. 211	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 1 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: Técnico en Contratación (Hospital del Sur	*DEPENDENCIA*: CONTRATACION	*DIRECCIÓN*: CLLE. 9 No. 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SERVICIOS & ASESORÍAS S.A.	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: luisedo.bustosflorido@gmail.com	
TELÉFONOS: 7560505 Ext. 211	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 5 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 12 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO: Técnico en Contratación (Hospital del Sur	*DEPENDENCIA*: CONTRATACION	*DIRECCIÓN*: CLLE. 9 No. 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: COOP INTRASALUD COOPERATIVA DE TRABAJO	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: luisedo.bustosflorido@gmail.com	
TELÉFONOS: 7560505 Ext. 211	*FECHA DE INGRESO*: DIA 25 MES 2 AÑO 2008	*FECHA DE RETIRO*: DIA 10 MES 5 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO: Técnico en Contratación (Hospital del Sur	*DEPENDENCIA*: CONTRATACION	*DIRECCIÓN*: CLLE. 9 No. 39-46	

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SALUD SUR OCCIDENTE ESE

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LUIS EDUARDO BUSTSO FLORIDO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 3.254.070 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA DC

Dirección CLLE. 57 G No. 78 H 12 SUR Teléfonos 3136067343

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GUDELIA FLORIDO DE BUSTOS	21.131.253	MADRE
EDILBERTO BUSTOS AVILA	458.968	PADRE
GISSEL PAOLA BUSTOS MARTELO		HIJA
LUIS FELIPE BUSTOS MARTELO		HIJO
MATEO JOSE BUSTO PEREZ		HIJO

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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	21.600.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 21.600.000

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
DAVIVIENDA	AHORRO			$ 300.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
JAVIER RODRIGUEZ	ARRIENDO	$ 720.000

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 X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

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 30-09-2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP