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:	TIVISAY GUTIERREZ MELU												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012346670							
CORREO ELECTRONICO:	tigume@yahoo.com				CELULAR:	3215362482							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS BOSA												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURADORA				SEDE:	BOSA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R23	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4900158272								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4487-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 5			
NÚMERO DE CDP	1230	FECHA	07/23/2018	NÚMERO DE CRP	35283	FECHA	31/07/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional - (Apoyo administrativo facturador urgencias II)									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.562.000									
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%								

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:	$6.950.864
VALOR EJECUTADO	$6.950.864
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.562.000
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
29249394	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de AGOSTO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA LIDER DEL PROCESO:

Tivisay Gutierrez.
TIVISAY GUTIERREZ MELU
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:	**URGENCIAS**		**Sede:**	**USS BOSA**							
No. DE CONTRATO:	**4487-2018**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	8	2.018		31	8	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**TIVISAY GUTIERREZ MELU**		**C. C.**	**1012346670**			**DE**	**BOGOTA**			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como– Apoyo Administrativo facturador Urgencias II.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a.Realizar verificación de derechos en la paginas de ADRES (BDUA, Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. determinando el aseguramiento de los usuarios.	**CUMPLE**	Se realizo verificacion de derechos en las diferentes paginas de revision según la normatividad y contratacion vigente , realizando a su vez comparacion con el soportes incluido en el aplicativo SIIES (central de autorizaciones).	se realizo verificacion de derechos de los diferentes usuarios que estuvieron en la unidad de servicios de salud fontibon, en las diferentes paginas que maneja el area de facturacion como COMPROBADOR DE DERECHOS, ADRES, DNP, PAGINA WEB CAPITAL SALUD Y PAGINA CAPITADOS UNICAJAS, realizando asi la correcta facturacion de los servicios prestados, para asi dar cumplimiento a la completa radicacion de lo facturado.
b.Realizar la admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, con calidad y oportunidad acorde a la normatividad vigente y a los resultados de la verificación de derechos.	**CUMPLE**	Se realizo la respectiva admision del paciente aplicando los ocho correctos, para garantizar el registro confiable en el sistema de la subred integrada de servicios de salud Sur Occidente.	Se realiza revision de las admisiones corroborando los 8 correctos los cuales son (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia), para asi evitar que se ´presenten eventos adversos.
c.Realizar el reporte de la atención de usuarios por accidente de tránsito en el aplicativo SIRAS.	**CUMPLE**	No aplica para el area de facturacion, actividad realizada por el area de admisiones.	No aplica para el area de facturacion, actividad realizadada por el area de admisiones.
d.Realizar el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención.	**CUMPLE**	No aplica para el area de facturacion, actividad realizada por el area de admisiones.	Se realiza verificacion en el aplicativo SIES para corroborar documentos soportes de autorizacion y documentos de identificacion , los cuales son anexados a las facturas que correspondan según normatividad vigente.
e. Llevar a cabo la aplicación de los procedimientos para la gestión, consecución, solicitud, verificación de autorizaciones (de acuerdo a la pertinencia de la actividad o Unidad asignada) tanto de los de los servicios prestados y/o facturados de los usuarios urgenciados como hospitalizados, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008), dentro de los tiempos establecidos por la norma, en conformidad con la operación de la Subred.	**CUMPLE**	Se realizo el reporte al área de auotorizaciones de los pacientes y eventos que se encuentran en los diferentes servicios respectivos.	Se realiza verificacion en el aplicativo SIES para corroborar documentos soportes de autorizacion y documentos de identificacion , los cuales son anexados a las facturas que correspondan según normatividad vigente.
f. Asignar las citas prioritarias de acuerdo al triage de los usuarios ingresados al servicio de urgencias, teniendo en cuenta el orden cronológico de disponibilidad de citas en el sistema de información.	**CUMPLE**	se realizo la verificacion de las agendas disponibles y se asigno las citas medicas según la disponibilidad a todos los pacientes que estuvieron solicitando los servicios medicos en la unidad fontibon	Se realiza la asignacion de citas correspondienter a prioritarias, consulta de pos partos y RN, donde es entrgada la reserva de cita acada paciente , indicandole lugar de atencion.
g. Realizar los tramites o actividad pertinente y necesaria para que en el sistema de información se efectúe la asignación de cama a cada uno de los usuarios de acuerdo al requerimiento asistencial, traslado de camas de los pacientes teniendo en cuenta la necesidad de cada servicio, así como en los casos de traslado a otra unidad para continuar tratamiento o liberación de cama al egreso del usuario.	**CUMPLE**	se realiza los tramites a la hora de facturacion con la ayuda del area de admisiones para el liberamiento de las camas en el egreso de cada paciente.	Actividad realizada por el area de admisiones con el apoyo de facturacion en el momento de egresar paciente y liberacion de cama lo cual se realiza oportunamente.
h. Verificar diariamente el censo en cada uno de los servicios de los usuarios hospitalizados, efectuando seguimiento a la clasificación por pagador en el sistema de información, y realizar la actualización de la hoja de ruta con las gestiones administrativas realizadas en cada turno.	**CUMPLE**	se realizo el debido proceso de entrega de hoja de ruta a autorizaciones para sus tramites internos antes del egreso del paciente, de igual manera se reporta a la referente de facturacion via correo los pacientes con salidas en los diferentes servicios.	Actividad realizada por el area de admisiones con el apoyo de facturacion para identificacion de pacientes hospitalizados para asi realizar los cargues diarios y garantizar una oportuna y correcta facturacion.
i. Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y asi mismo Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.	**CUMPLE**	se realiza la verificacion veraz de todos los soportes que se requerien para garantizar el proceso de autorizacion, asi mismo garantizando un adecuado soporte de la facturacion generada.	Se realiza el reporte correspondiente al area de autorizaciones diligenciando el libro correspondiente para tal fin ademas de realizar el reporte y seguimiento.
j. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes entidades responsables de pago (E.A.P.B), así como la necesidad de realizar copagos de acuerdo a la situación de seguridad social de cada usuario.	**CUMPLE**	Se realizo atencion en los diferentes servicios. Con un enfoque de trato humanizado y digno hacia los usuarios brindando informacion solicitada con respecto al cobro y facturacion de servicios prestados por el Hospital.	Actividad realizada por el area de trabajo social con el apoyo de facturacion reportando el valor de la facturacion y el copago para que sea reportado diaroamente al paciente y al momento del egreso efectuo los pagos correspondiente.
k. Verificar y realizar cargue de los servicios prestados a los usuarios que se encuentren en los servicios de urgencias como son: Imagenologia, laboratorios, ecografías, Cirugías, etc., de acuerdo a lo ordenado por la parte asistencial evidenciando en el soporte clínico (historia clínica manual y/o sistematizada), realizando los ajustes necesarios teniendo en cuenta el cuadro de contratación vigente.	**CUMPLE**	se realiza un cargue diario de los servicios e insumos y procedimiento realizados a los diferentes pacientes hospitalizados en la unidad fontibon garantizando cargue de todo lo realizado.	Se realiza el correcto cargue de la cuenta medica teniendo en cuenta la historia clinica y servicios prestados (liquidacion de cuentas) y entregando al area de facturacionlas cuentas completa con sus debidos soportes segun la normatividad y contratacion vigente.
l. Realizar la liquidación de cuentas y facturar adecuadamente la totalidad de los servicios prestados, adjuntando los soportes necesarios por administradora y convenio (Evento), realizando el recaudo de cuotas de recuperación, copagos y generación de pagares en caso de ser necesario.	**CUMPLE**	Se realizo atencion en los diferentes servicios. Con un enfoque de trato humanizado y digno hacia los usuarios brindando informacion solicitada con respecto al cobro y facturacion de servicios prestados por el Hospital.	Se realiza la adecuada liquidacion de cuentas ,entregando al area de facturacion la cuentas completa con sus debidos soportes segun la normatividad y contratacion vigente.

m. Generar la facturación de los servicios prestados para cada uno de los usuarios atendidos tanto en urgencias como hospitalación, garantizando los soportes completos de sustento para cada factura de acuerdo al pagador (E. A. P. B.).	**CUMPLE**	se realiza la correcta facturacion de los servicios prestados a los diferentes usuarios que utilizaron el servicio de urgencias y hospitalizacion garantizando un adecuado cargue de los insumos,medicamentos imágenes diagnosticas,laboratorios, procedimiento,para asi realizar un correcto cobro a las diferentes entidades responsables de pagos.	Se realiza la facturacion a cada una de las entidades responsables de pago de los paciente que requirieron servicios de salud segun la normatividad y contratacion vigente, entregadas a los revisiores para su respectivo proceso de auditoria y a su vez ellos entreguen a la central de acopio para una oportuna radicacion.
n. Hacer diariamente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro.	**CUMPLE**	Se realizo recaudo de copagos y cuotas de recuperacion en paciente que por su nivel o categoria asi lo requirieron según normatividad vigente, se entregan informes de tesoreria, se registra en el libro de recaudo el valor recibido a diario y se deposito el sobre debidamente marcado en la caja de seguridad.	Se realiza cierre de caja a diario depositando dinero en caja fuerte y soportes en libro de recaudo y el cual se encuentra registrado en el seguimiento de actividades por semana.
o. Realizar la entrega de turno diario con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros pendientes por facturar (por escrito) en los instrumentos o libros que se estandaricen para la evidencia de la actividad.	**CUMPLE**	se realiza entrega de turno de acuerdo alos parametros intir}tucionales indicados por el area de facturacion	Se realiza entrega de turno indicando las inconsistencias identificadas , los pendientes,pacientes en proceso de remision y insumos a traves de los diferentes medico de comunicaciones institucionales como son : correo insitucional , whatsaap institucional y libro de entrega que se encuentra firmado.
p. Hacer la entrega diaria del total de las facturas generadas por las diferentes modalidades de facturación FFDS, PGP, EVENTO, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, como son historia clínica, epicrisis, soporte de laboratorios, autorizaciones de servicios y demás requeridas según la Resolución 3047/2008 y el Decreto 056 de 2016 (Riesgos Catastróficos, Accidentes de Tránsito – ECAT).	**CUMPLE**	Se realiza entrga diaria deacuerdo a instrucciones por area de facturacion con los soportes administrativos a sistenciales requeridos.	se realizo la entrega de facturas con el soporte respectivo de pacientes con egreso en horas del dia , soportandolas de acuerdo a la normatividad vigentes y según lineamientos dados por el profesional de facturacion, se entregan soportadas al punteador de facturas para que entren en el proceso de revision.
q. Garantizar que el último día del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas durante el periodo, realizando el control y registro de la entrega a los analistas y central de cuentas de las unidades	**CUMPLE**	Se realizo el cierre de mes entregando las facturas generadas hasta la fecha de los diferentes servicios.	Se realiza entraga de facturacion luego de terminacion del turno ,previa realizacion de envio por aplicativo correspondiente y el ultimo dia del mes se realizada entrega de todo lo pendiente incluyendo notificacion de anulaciones del ultimo dia del mes
r. Realizar el seguimiento de los ingresos abiertos y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos.	**CUMPLE**	Se realizo revision diaria de ingresos abiertos reportados realizando tramite de cierre con el cobro pertinente de los servicios prestados y en el tiempo estipulado.	Se realiza seguimiento de registro abierto a traves deapliactivo correspondiente , donde se determina el cierre oportuno de los mismo en los tiempos definidos.
s. Realizar la corrección de las facturas devueltas por los Técnicos de manera oportuna, en un plazo máximo de 12 horas, y por autorizaciones 24 horas posterior a la devolución de la factura especialmente los que se realicen el último día del mes se debe garantizar que las correcciones queden en el mes de la generación de la factura.	**CUMPLE**	se realizo las correcciones de facturas pendientes,dentro el tiempo establecido por el area de facturación, contribuyendo a la entrega oportuna para el respectivo armado de cuentas y su posterior radicacion.	Se realiz la entrega de las facturas corregidas de acuierdo al reporte de devoluciones realizado por el revisor y a su vez se realiz seguimiento por el aplicativo correspondiente (hoja de ruta).
t. Solicitar la anulación de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. garantizando la oportuna corrección de las mismas de acuerdo a la necesidad particular entregando el soporte respectivo.	**CUMPLE**	Se Lleva Acabo Protocolo De Anulacion Para Correcion De Facturas Segun Proceso Institucional.	Se realizo la anulación pertinentes a la factura de acuerdo a las directrices implementadas por la subred reportadas por correo electronico , libro de anulacion con sus soportes correrspondientes , donde se remite posteriormente su factura remplazo.
u. Asistir, participar y realizar las actividades que se estructuren para fortalecer el conocimiento de la Subred, proceso, procedimientos en los colaboradores que intervienen en los mismos (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción entre otros).	**CUMPLE**	se realizo cumplimiento a las diferentes actividades realizadas en la sub red, participando activamente en las diferentes actividades programadas.	Se cumplio con la participacion a cada uno de los evento y actividades programada tanto internamente en la unidad como las programadas por la subred.
v. Realizar el seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando informe de la gestión de actividades, relacionando las barreras, brechas o logros en la ejecución de sus actividades para la certificación de pagos.	**CUMPLE**	se realiza un control y seguimiento de las actividades de acuerdo a los reporte entregados por el sistema de informacion	Se realiza seguimiento semanal el cual es diligenciado en el cuadro de actividades destinado para tal fin , donde se registra semnalmente la facturacion generada y la trazabilidad de las mismas.
w. Realizar la adecuada presentación de cuentas con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr la certificación de actividades.	**CUMPLE**	Se realiza la entrga de facturas a revisiores de cuentas para proceso de auditoria.	Se realiza entrega de facturacion generada a traves del aplicativo correspondiente , garantizando la entrga oportuna dando cumplimiento a las activiodades contractuales.
x. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CUMPLE**	Tener sentido de pertenencia con la institución y los procesos de Acreditación para para una mejora continua y contando con buen quipo de trabajo.	Se cumplio con la adherencia a los procedimiento y las actividades establecidas por la subred , evidenciado por laparticipacion de las actividades y facturacion correspondiente.
y. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B).	**CUMPLE**	Consultando la normatividad, y se realizo la verificacion de los soportes solicitados esten adjuntos de acuerdo a los requerimientos del Pagador.	Se realiza la entrega oportuna de los soportes requeridos por el area de glosas y facturacion cuando son requeridos.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1´562,000 TOTAL: UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS MCTE

Tivisay Gutierrez TIVISAY GUTIERREZ MELU CC 1012346670	SANDRA JINET TAFUR HERNÁNDEZ LIDER DEL PROCESO DE FACTURACION

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012346670	TIVISAY GUTIERREZ MELU	calle 73D sur # 83 04	8140807	tigume@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	02/08/2018	29249394	$241.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

PAGADA 29249394

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U C S D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	1012346670-	TIVISAY GUTIERREZ MELU	☑			8	2018	8	2018	29249394	PUBLICA / PRIVADA / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ☑	14-28	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
calle 73D sur # 83 04	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	8140807		tigume@yahoo.com	8511	0	1	2018/08/02	357610806

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS017	830003564-7	97.700	0		0		0	97.700	0	0	0	97.700	0		0	0	97.700	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	125.000	0	0	0	0	0	0	125.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-28	800256161-9	19.100		0	0	19.100
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	19.100	0	0	191	19.100

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	125.000	125.000
SALUD	97.700	97.700
RIESGOS LABORALES	19.100	19.100
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	241.800	241.800

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1012346670
NOMBRES	TIVISAY
APELLIDOS	GUTIERREZ MELU
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	05/10/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/13/2018 07:28:07	**Estación de origen:**	190.24.132.202

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

No records to display.

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1012346670	GUTIERREZ	MELU	TIVISAY		2018-07	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE
CC	1012346670	GUTIERREZ	MELU	TIVISAY		2018-02	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	31/10/2017	30	BENEFICIARIO	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	31/10/2017	0	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2017	31/10/2017	30	BENEFICIARIO	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2017	31/10/2017	0	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2017	31/10/2017	29	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023

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: 08-ago-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GUTIERREZ	MELU	TIVISAY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1012346670

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES SEP AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cll 73 D SUR 83 04

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8140807

EMAIL tigume@yahoo.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 COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2006
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	1	X		ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE SALUD	8	2018	

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
Ingles		X			X			X	

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: 08-ago-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 VARIEDADES MIS CUATRO ANGELLITOS	*PÚBLICA* 	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* 	
TELÉFONOS 3132282106	*FECHA DE INGRESO* DIA 8 MES 8 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO* DIA 23 MES 3 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE VENTAS	*DEPENDENCIA* MERCADEO	*DIRECCIÓN* CLL 69A SUR 104-18 SALÓN COMUNAL	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA* 	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* 	
TELÉFONOS 74207001	*FECHA DE INGRESO* DIA 27 MES 5 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 7 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO TECNICO EN AUTORIZACIONES	*DEPENDENCIA* FACTURACIÓN	*DIRECCIÓN* CRA 20 # 47B 35 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E	*PÚBLICA* X	*PRIVADA* 	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* 	
TELÉFONOS 7427001	*FECHA DE INGRESO* DIA 18 MES 8 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO* DIA 28 MES 2 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ARCHIVO	*DIRECCIÓN* CRA 20 # 47B 35 SUR	

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: 08-ago-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: COPERATIVA CONTRAISALUD	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 6148311	*FECHA DE INGRESO*: DIA 27 MES 5 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 17 MES 8 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA*: ARCHIVO	*DIRECCIÓN*: CALLE 141 #45 51	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CAFAM	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 6468000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 16 MES 7 AÑO 2007	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 7 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR SUPERMERCADO	*DEPENDENCIA*: MERCADEO	*DIRECCIÓN*: AV CRA 68 # 90 88	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 343700	*FECHA DE INGRESO*: DIA 30 MES 1 AÑO 2007	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Apoyo Administrativo I	*DEPENDENCIA*: FACTURACIÓN	*DIRECCIÓN*: Calle 65d Sur No. 79C - 90	

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	11	6
PRIVADO	1	10

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: 08-ago-2018

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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	6

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 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, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Luisa Gutierrez

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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 Occidente E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 10-ago-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, TIVISAY GUTIERREZ MELU

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1012346670 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cll 73 D SUR 83 04 **Teléfonos** 3215362482 8140807

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SAMUEL PARAMO GUTIERREZ	1012340472	HIJO(A)
DOMINICK PARAMO GUTIERREZ	1222210223	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 15.488.333,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 15.488.333,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	4900158272	AUTOPISTA SUR	$ 124.900,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
MANUEL	ARRIENDO	$ 430.000,00
ALMACENES DE CADENA	ALIMENTACION	$ 250.000,00

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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 Occidente E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 10-ago-2018

SITP	TRANSPORTE	$ 100.000,00
UNIVERSIDAD	ESTUDIOS	$ 297.500,00

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
JAIRO JUNIOR PARAMO SALINAS	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	1012360563

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

Jairo Junior Paramo Salinas

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 10-ago-2018

CIUDAD Y FECHA