

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión 1
Fecha de aprobación 09/11/2016
Código 15-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANA LUCIA ABAUNZA CANTOR									
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		52306806				
CORREO ELECTRONICO:		abaunzana21r11@gmail.com				CELULAR:		3108806203			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		Salud Pública			SEDE:		USS 39 PAPS ABASTOS				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo				%					
		K30				100					
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		62495255188					PENSIONADO		No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0722-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 11			
NÚMERO DE CDP		1416	FECHA		22/08/2018	NÚMERO DE CRP		36982	FECHA	31/08/2018	
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, 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.									
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
				1	9	2018			30	9	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$3.070.655									
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				\$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:							\$33.777.205				
VALOR EJECUTADO							\$24.565.240				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA							\$3.070.655				
VALOR A LIBERAR							\$0				
SALDO POR EJECUTAR							\$9.211.965				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN							73%				
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:											
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
	1229 000	\$153.700	\$196.700	3	\$30.000						
<p>Dado en Bogotá el mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Dieciocho 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <p>DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:</p> <p>Ana Lucía Abaunza Cantor NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>											

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobaci: 03/04/2017 Código: 04-02-FO-0003		
Ubicación del Servicio:		Salud Publica - Servicios de Acogida		Sede: USS 39 PAPS ABASTOS - Subred de servicios integrados de salud Sur occidente		
No. DE CONTRATO:		0722-2018	Periodo certificado desde el	Día 1	Mes 9	Año 2 018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANA LUCIA ABAUNZA CANTOR		C. C.	52.306.806	DE Bogotá
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, 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.						
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ____ Servicios: SI __ NO ____						
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS	
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.		SI	Aplicación de instrumento ASSIST y AUDIT en las localidades de Bosa.		Se realizaron acciones de acuerdo al perfil de psicología tales como: aplicación e pruebas de tamizaje , centros de escucha (grupos de acciones comunitarias), acompañamiento y asesoria individual a usuarios habitantes de calle y en calle , jóvenes en riesgo de descolarizacion de las localidades Bosa.	
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.		SI	Grupos de escucha activa a nivel colectivo dirigidos a poblacion con consumo de sustancias psicoactivas		Se realizaron 40 pruebas de tamizaje ASISST y AUDIT 40 y 14 Vespas. Desarrollo de espacios comunitarios en temas como: prevencion del consumo de SPA. Aspectos informativos para la reduccion y mitigacion de daños y pros y contras del consumo de spa, participacion en jornadas distritales y locales.	
Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demas acciones requeridas por el Espacio Publico.		SI	Aplicación de test de Asisst y Audit		Se realizaron 40 pruebas de tamizaje ASISST y AUDIT y 14 vespas	
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud e acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.		SI	Apoyo jornadas		Durante el mes se realizaron jornadas en las localidades de fontibon y kennedy	
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización,		SI	Desarrollo de espacios Comunitarios a nivel colectivo dirigidos a poblacion con consumo de sustancias psicoactivas		Se realizan Desarrollo de Espacios Comunitarios Colectivos dirigidos a poblacion con consumo de sustancias psicoactivas un total de 18 en las	
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas,		SI	Desarrollo de espacios comunitarios		Durante el mes de septiembre se realizaron en las localidades de Bosa 17 espacios de desarrollo comunitario.	
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud,		SI	Desarrollo de espacios comunitarios		Durante el mes de septiembre se realizaron en las localidades de Bosa ,fontibon espacios de desarrollo comunitario.	
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud,		SI	Se participo en reuniones de espacio publico y Asistencia tecnica SDS		para el mes de septiembre se participo en reuniones de espacio y servicios de acogida.	
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.		SI	Desarrollo de espacios comunitarios		Durante el mes de septiembre se realizaron en las localidades de Bosa ,fontibon 18 espacios de desarrollo comunitario.	
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.		SI	Desarrollo de espacios comunitarios		Durante el mes de septiembre se realizaron en las localidades de Bosa ,fontibon 18 espacios de desarrollo comunitario.	
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.		SI	Entrega de soportes de cumplimiento de meta mensual , donde se aseguró la organizacion de dicha papeleria segun estándares de calidad.		Se realizo la entrega de soportes de cumplimiento de meta mensual del septiembre Entregando Carpetas debidamente marcadas, organizadas de la siguiente manera: 1. Aplicacion de caracterizacion y instrumento 42 2. Desarrollo de Espacios Colectivos perfil de psicologa 17 3. seguimiento a activaciones de ruta - canalizaciones	
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.		SI	Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.		Para el mes de septiembre se entrega con calidad el 100 % de soportes correspondientes a lo establecido por lineamientos	
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control.		SI	Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control.		Para el mes de septiembre se presenta con calidad el 100 % de soportes correspondientes a lo establecido por lineamientos y lo requeriendo	
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)		SI	Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)		Para el mes de septiembre no aplica Glosa.	
OBSERVACIONES:						
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3,070,655 TRE MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/C						
ANA LUCIA ABAUNZA CANTOR CC 52306806			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.						

**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
NUMERO DE IDENTIFICACION		52306806
NOMBRES		ANA LUCIA
APELLIDOS		ABAUNZA CANTOR
FECHA DE NACIMIENTO		**/*/**
DEPARTAMENTO		BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO		BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO	08/05/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 09/14/2016 09:05:04 | Estación de origen: | 190 243 8 154

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.

Medellín, 14 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que ANA LUCIA ABAUNZA CANTOR identificado(a) con cédula de ciudadanía 52306806 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 14/01/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS 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 SEVICIOS 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 SEVICIOS 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.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C523068061825753585

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:

14/09/2018 2:53 PM

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ABAUNZA CANTOR ANA LUCIA** identificado(a) con CC número **52.306.806** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de junio de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de septiembre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute

Dirección servicios transaccionales para clientes

Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

201809162043

Certificación Semanas de Cotización

La Señora ANA LUCIA ABAUNZA CANTOR , identificada con Cédula Ciudadanía 52.306.806, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre: ANA LUCIA ABAUNZA CANTOR
 Número de identificación: 52306806
 Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): 01/08/2017
 Estado actual: VIGENTES
 Fecha de retiro:
 Dirección actual de residencia: CL 69 SUR NO 78J-09 7511913
 Teléfono actual de residencia: 7511913
 Nombre de Régimen: CONTRIBUTIVO

Tipo Identificación: Cédula Ciudadanía
 Tipo de afiliado: COTIZANTE
 Razón de estado: Al día - empleador pago al día
 Semanas Cotizadas cotizante: 439
 Municipio residencia: Bogotá D.C.
 Depto. Residencia: SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
52306806	ABAUNZA CANTOR ANA LUCIA	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Semanas
BENEFICIARIO	1011215443	RC	NICOLAS FELIPE CASTIBLANCO ABAUNZA	01/08/2017	VIGENTES		417

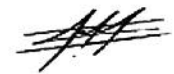
Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 16 días del mes de Septiembre de 2018, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
 DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:



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

Última Actualización: 14-sep-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ABAUNZA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CANTOR	NOMBRES ANA LUCIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52306806	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 21 MES DIC AÑO 1976 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CLL 69 sur n.78j-09 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7511913 EMAIL abaunzana21r11@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 BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	1996

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X	PSICOLOGO	12 2002	52306806

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
Inglés	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 ESTATÍSTICA DEL MUNICIPIO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-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 UNION TEMPORAL CIPROC COINFA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD CIPROC@GMAIL.COM	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 2 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA COORDINADORA CENTRO	DEPENDENCIA CENTRO AMAR	DIRECCIÓN CL 8 SUR N 30A 14	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SOCIEDAD DE ENFERMEROS PROFESIONALES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 11 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 4 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA	DEPENDENCIA CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL	DIRECCIÓN TRANSVERSAL 29 N 140 53	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 30 MES 6 AÑO 2005		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA COORDINADORA	DEPENDENCIA HOGAR DE PASO HABITANTE DE CALLE	DIRECCIÓN CALLE 18 N 14 56	

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	2	10
PRIVADO	3	9



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANA LUCIA ABAUNZA CANTOR

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52306806 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección CLL 69 sur n.78j-09 Teléfonos 3108806203 7511913

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NICOLAS FELIPE CASTIBLANCO ABAUNZA	1011215443	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	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 36.840.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 36.840.000,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	62495255188	BOSA	\$ 1.800.000,00

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
-------------------	----------	-------

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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:

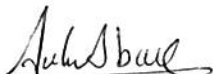
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
DIEGO LUIS CASTIBLANCO AVILA	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	79494003

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-sep-2018
CIUDAD Y FECHA