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 BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEFERSON TINJACA LOPEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79518888							
CORREO ELECTRONICO:	jefersonlopez88@hotmail.com				CELULAR:	300 2888868							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAMI I FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	INVENTARIOS				SEDE:	SUR							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R142	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570004470491459								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2900-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 de 7				
NÚMERO DE CDP	1230	FECHA	23/07/2018	NÚMERO DE CRP	34234	FECHA	31/07/2018				
OBJETO DEL CONTRATO	TECNICO ADMINISTRATIVO I DE ALMACEN, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	8	2018		31	8	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.591.000										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	NO								

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:	$11.248.370
VALOR EJECUTADO	$11.248.370
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.591.000
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
8329409524	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

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,

DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JEFERSON TINJACA
JEFERSON TINJACA
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:	ALMACEN UNIDAD SUR			Sede: ASDINCGO						
No. DE CONTRATO:	2900-2018	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	8	2.018		31	8	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEFERSON TINJACA LOPEZ		C. C.	79.518.888			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar apoyo como TECNICO ADMINISTRATIVO I en el area de Almacen dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institucion.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar en la entrega y verificación de los pedidos hechos por las diferentes dependencias de la institución.	SI	Se apoyo la entrega de los diferentes insumos de acuerdo a las solicitudes de los servicios	Se verificaron y entregaron los pedidos de los diferentes servicios
2. Apoyar con la elaboración del listado actualizado de los elementos de baja rotación.	SI	Apoye al encargado del almacen en la revision de los elementos de baja rotacion	Sedio un informe de los diferentes productos con baja rotacion.
3. Recepción de facturas, comparándolas contra las remisiones entregadas por el auxiliar de terreno de los contratos de odontología, laboratorio clínico, papelería y medico quirurgico.	SI	Recepcione las diferentes facturas, de los servicios de odontologia, laboratorio y papeleria	Entregue las diferentes facturas previamente revisadas al encargado del almacen
4. Apoyar el diligenciamiento de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	SI	Se registra coherentemente bajo actas los bienes asignados bajo mi responsabilidad para su respectiva entrega al servicio	Se anexan actas a los comprobante y se archivan.
5. Apoyar la realización de la ejecución de contratos, vigilando la recepción de los mismos y registrándolos.	SI	Apoye la ejecucion de los contratos de acuerdo a los terminos y condiciones de cada uno	Se hizo entrega de un informe de los contratos de acuerdo a su estado actual.
6. Depurar la información de los comodatos y entregas de convenios.	NO		
7. Realizar la verificación y recepción de los pedidos y las facturas pertinentes a la recepción de pedidos de las unidades.	SI	Se verifico las especificaciones tecnicas de los insumos entregados en el almacen.	Bajo remision y orden de pedido se corroboran los insumos entregados.
8. Enviar escaneada y físicamente las facturas efectivamente recibidas por su unidad, al almacén central para su verificación e incorporación al sistema.	SI	Una vez verificada la factura, se realizo el escaneo y envio al correo asignado para las facturas.	Se envian facturas al almacen central para su respectivo ingreso.
9. Realizar la planeación y organización logística para la entrega de insumos a los servicios asistenciales y administrativos de cada unidad.	SI	Se verifica junto con el tecnico de almacen las existencias de insumos y consolidacion de pedidos, para programar los recorridos	Se archivan los soporte de recibido.
10. Elaborar proyección de entrega de insumos medico quirúrgicos, medicamentos y demás insumos en forma quincenal al servicio farmacéutico.	NO		
11. Generar proyección de entrega de insumos medico quirúrgicos, medicamentos y demás insumos en forma quincenal al servicio farmacéutico.	NO		
12. Realizar toma de inventarios aleatorios de forma mensual, semestral y anual, de acuerdo a la norma.	SI	Se realizo un aleatorio para verificar las cantidades en existencia vs sistema.	Se archiva en AZ con el respectivo punteo de los aleatorios designados.
13. Realizar la recepción, custodia, seguimiento, control y dispensación, de todos y cada uno de los insumos y elementos ingresados a cada almacén.	SI	Se realizo recepcion, custodia, seguimiento, control y dispensacion de los insumos entregados en el almacen.	Se mantiene el control y gestion de insumos existentes en el almacen.
14. Coadyuvar al cumplimiento de la gestión institucional, mediante el cumplimiento de las metas contractuales establecidos en los procesos del área.	SI	Se contribuyo en verificar y cumplir con los respectivos procedimientos que realizo en el area de almacen.	Se generan los respectivos soportes para verificacion de las actividades innerentes al almacen.
15. Promover el cuidado y custodia del patrimonio Institucional.	SI	Se mantiene un constante cuidado de los elementos que proporciona la institucion para el desempeño de las actividades.	Se mantiene un cuidado constante de los elementos.
16. Desarrollar de manera activa el plan de manejo de gestión Documental.	SI	Se registra bajo folio los respectivos soportes que sustenta almacen para las entregas realizadas a los servicios o unidades.	Se archiva los comprobantes generados en el mes
17. Las demás que sean asignadas y que sean inherentes a las actividades.	SI	Se gestiono y se programo las respectivas actividades de almacen para llevar acabo el cumplimiento de entregas solicitadas.	Se lleva soportes de actividades realizados por el area de almacen.

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA DOS (02) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 1'591.000) UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS M/CTE.

CONTRATISTA: JEFERSON TINJACA LOPEZ

CC 79.518.888 DE BOGOTA

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 31/08/2018

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

Señor(a): JEFERSON TINJACA LOPEZ
No. Identificación: CC 79518888
Dirección: CRR 88D 8C21
Teléfono: 3002888868 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8329409524

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	JEFERSON TINJACA LOPEZ
Tipo y Número de Identificación	CC 79518888
Número Planilla	8329409524
Fecha de Pago	8/16/2018
Número de Autorización de Pago	86299680
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Agosto 2018
Periodo Cotización Pensión	Agosto 2018
Periodo Cotización Caja	Agosto 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes Mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79518888
APELLIDOS Y NOMBRES TINJACA LOPEZ JEFERSON

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS017	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

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

Última Actualización: 21-ago-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JEFERSON TINJACA LOPEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79518888 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CRR108#19-78 **Teléfonos** 3002888868 3002888868

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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	$ 16.800.000,00
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	$ 16.800.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	004470491459	COUNTRY	$ 2.000,00

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
ANGEL BENIGNO	ARRIENDO	$ 630.000,00

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

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: 21-ago-2018

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
ANGELA MARCELA MOYANO PEÑUELA	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	52235343

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

JEFFERSON PINILLA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-ago-2018

CIUDAD Y FECHA

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: 22-ago-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
TINJACA	LOPEZ	JEFERSON

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79518888

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 79518888 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES AGO AÑO 1969

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRR108#19-78

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3002888868

EMAIL jefersonlopez88@hotmail.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* BACHILLERATO COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1988
										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	5		X	TECNICO EN MERCADEO Y VENTAS	11	1995	No especificada

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: 22-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: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: almacenuf@subredsuroccidente.gov.com
TELÉFONOS: 7560505	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 10 AÑO 2010		*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO: TECNICO ADMIBNISTRATIVO	*DEPENDENCIA*: RECURSOS FISICOS		*DIRECCIÓN*: CLL9#38-46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: EL ESPECTADOR	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 1 AÑO 2008		*FECHA DE RETIRO*: DIA 26 MES 2 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO: ASESOR COMERCIAL	*DEPENDENCIA*: VENTAS CALLE		*DIRECCIÓN*: AVENIDA EL DORADO No. 69 15

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ALGECIRAS CANAL TRADICINAL	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 7 AÑO 2007		*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 12 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO: VENDEDOR AUTOVENTA	*DEPENDENCIA*: VENTAS CALLE		*DIRECCIÓN*: AVENIDA 80 VIA SIBERIA

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 INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 22-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COCA COLA FENSA (EXPERTOS SERVICIOS EXPECIALIZADOS LTDA)		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 3 MES 2 AÑO 2003	DIA 30 MES 4 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
VENDEDOR TAT	VENTAS CALLE	CLL25ANo. 96 18

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	7	10
PRIVADO	6	10
PARTICULAR	0	0
TOTAL	14	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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

JEFERSON TINJACA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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: 22-ago-2018

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