Secretaría Distrital 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:	ESTEYSY KATHERINE NAVAS URIBE												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1033714891							
CORREO ELECTRONICO:	KATHERINNAVAS@OUTLOOK.COM				CELULAR:	3143129289							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: ANESTESIA- UCI													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	B-01	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4556245717								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4085-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 5			
NÚMERO DE CDP	1433	FECHA	30/08/2018	NÚMERO DE CRP	39302	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial 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:	$1.094.033									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	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:	$7.135.000
VALOR EJECUTADO	$6.802.033
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.094.033
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$332.967
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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 Bogotá a los ( ) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

LUCIA MEDINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ESTEYSY KATHERINE NAVAS URIBE
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
Fecha de aprobación	31/03/2017
Codigo	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	USS Occidente de Kennedy				**Sede: Uss Occidente de Kennedy**				
No. DE CONTRATO:	4085-2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	9	2018		30	9	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ESTEYSY KATHERINE NAVAS URIBE		**C. C.**		1.033.714.891	**DE**		BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR ADMINISTRATIVO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo a la

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Mantener actualizado el archivo de la dependencia conforme con la normatividad vigente y losprocedimientos de la Subred	SI	Manejar y brindar información del centro de atención de acuerdo a su competencia, de manera adecuada, eficaz y eficiente cuando se requiera.	Enviar correos informativos y de socializacion de informacion, y manejo de correspondecia, archivo documental al dia, realizacion de informes mensuales
2. Apoyar la elaboración de informes y respuesta a los requerimientos dirigidos al área, según instrucciones del supervisor	SI	Organizar y actualizar la agenda de actividades del lider, teniendo en cuenta las reuniones a las cuales debe asistir y los compromisos a responder.	programar y aorganizar la agenda del lider
3.Gestionar las solicitudes de suministros de papelería y otros insumos cuando sean requeridos por los diferentes equipos de trabajo del área	SI	Redactar, digitar y tramitar las comunicaciones y correspondencia interna y externa que se genere en la oficina y/o centro de atención de acuerdo a instrucciones impartidas por el Líder o Coordinador y	Enviar correros informativos y de socializacion de informacion, y manejo de correspondecia
4.Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	SI	Desarrollar las actividades de recepción, atención y manejo de las comunicaciones telefónicas.	contestar y recibir llamadas
5.Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención.	SI	Digitar y preparar los informes generados en la oficina y/o centro de atención, solicitados por el Lider	informes mensuales del area y socializar a las diferentes areas
6. encargada en caso de terminación del contrato.	SI	Manejar con eficacia y eficiencia los paquetes de sistemas necesarios para la realización de los	informes mensuales del area y socializar a las diferentes areas
7. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos	SI	Revisar, clasificar y archivar técnicamente los documentos, datos y elementos relacionados con los	tener el archivo documentla al dia, como lo es son las catas de
8. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar	SI	Realizar apoyo en la elaboración de formatos requeridos para la prestación de servicios del área o	tener el archivo documentla al dia, como lo es son las catas de
9. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo	SI	Colaborar con el Plan Operativo o de acción del área de desempeño con el desarrollo de las	Enviar correros informativos y de socializacion de informacion,
10. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en	SI	Guardar la debida discreción y reserva sobre los asuntos que se traten en la oficina, el contenido de la	Enviar correros informativos y de socializacion de informacion,
11.Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes	SI	Colaborar en la organización y atención de las reuniones y compromisos del área de desempeño.	Enviar correros informativos y de socializacion de informacion,
12.	SI	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna las actas, formatos o instrumentos que le sean	tener el archivo documentla al dia, como lo es son las catas de
13. Asistir y participar activamente en las reuniones, jornadas de actualización convocadas por el área y la	SI	Asistir y participar activamente en las reuniones, jornadas de actualización convocadas por el área y	tener el archivo documentla al dia, como lo es son las catas de
14. Apoyar y participar en las actividades de interés del área y del Hospital cuando sea requerido.	SI	Apoyar y participar en las actividades de interés del área y del Hospital cuando sea requerido.	tener el archivo documentla al dia, como lo es son las catas de
15. Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional a través del cumplimiento de las metas	SI	Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional a través del cumplimiento de las metas	NO APLICA
16. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su	SI	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su	NO APLICA
17. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	SI	Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya	informes mensuales del area y socializar a las diferentes areas
18. Organizar, atender y proporcionar los elementos requeridos para el buen funcionamiento de los eventos	SI	Organizar, atender y proporcionar los elementos requeridos para el buen funcionamiento de los	NO APLICA
19. Realizar manejo y control de insumos dados a su responsabilidad.	SI	Realizar manejo y control de insumos dados a su responsabilidad.	NO APLICA
20. Desarrollar las demás actividades afines con el objeto contractual.	SI	Desarrollar las demás actividades afines con el objeto contractual.	NO APLICA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.094.033 UN MILLON NOVENTA YCUATRO MIL TREINTA Y TRES PESOS

Esteysy Katherin Navas Uribe

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ESTEYSY KATHERINE NAVAS URIBE CC 1.033.714.891

Fecha : SEPTIEMBRE Firma de recibido supervisor:

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

Ultima Actualización: 19-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
NAVAS	URIBE	ESTEYSY KATHERINE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1033714891	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES SEP AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 72 N # 39-64 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7519727

EMAIL katherinnavas@outlook.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 TECNICO COMERCIAL
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 2007

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).

DEVOLVER

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	4	X		ASISTENTE ADMINISTRATIVO	4	2017	
TC	4	X		TÉCNICO LABORAL EN ASISTENTE PREESCOLAR	12	2010	

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

E.S.E.

SIDEAP

Ultima Actualización: 19-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: SUBREDSUROCCIDENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3004444273-7560505	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 5 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: CLL 19 A Nª 34-94	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: UNIPRODUCTOS LTDA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: info@uniproductos.com	
TELÉFONOS: 7764528-7796374	*FECHA DE INGRESO*: DIA 21 MES 6 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 21 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO DE	*DEPENDENCIA*: ÁREA DE INGENIERÍA	*DIRECCIÓN*: CRA 7 (AUTOPISTA SUR) Nª 39 A 119	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: PETROSERVICIOS INDUSTRIALES SAS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: gerenciapsi@petroservicios.com	
TELÉFONOS: 4055895	*FECHA DE INGRESO*: DIA 19 MES 1 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 10 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA*: GERENCIA	*DIRECCIÓN*: CRA 42 Nª 18-06	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

Última Actualización: 19-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: CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: info@atiempo.com.co	
TELÉFONOS: 6107096	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 3 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 3 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR FROM	DEPENDENCIA: RENOVACIÓN DE MATRICULA	DIRECCIÓN: Carrera 50 #100 - 40	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: RESTAURANTE PAILITAS LA 42	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: pailitasla42@hotmail.com	
TELÉFONOS: 3105753195	FECHA DE INGRESO: DIA 30 MES 4 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 5 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: ADMINISTRADORA	DEPENDENCIA: CAJA	DIRECCIÓN: Cra 42 bis N° 17 a 59	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN BLAS	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 2891100	FECHA DE INGRESO: DIA 8 MES 8 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 4 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA: FINANCIERA	DIRECCIÓN: Transversal 5 Este No. 19-50 Sur	

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	1	1
PRIVADO	3	1

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	4	2

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

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

Última Actualización: 21-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ESTEYSY KATHERINE NAVAS URIBE

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1033714891 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección KR 72 N # 39-64 SUR **Teléfonos** 3143129289 7519727

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARMEN OFELIA URIBE MONTOYA	22422591	MADRE
JOSE DEL CARMEN NAVAS SANCHEZ	91066446	PADRE

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	$ 9.000.000,00
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	$ 9.000.000,00

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
CAJA SOCIAL	AHORROS	24044513571	PRIMERA DE MAYO	$ 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
CARMEN URIBE	APOYO ECONOMICO	$ 1.100.000,00

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

Última Actualización: 21-sep-2018

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Estefany Katherine Rivadeneira Chu

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) NAVAS URIBE ESTEYSY KATHERINE con documento de identidad CC 1033714891 se encuentra activo en nuestra base de datos del REGIMEN CONTRIBUTIVO en la ciudad de BOGOTA desde 9 de Mayo de 2017.

Se expide a los 18 de Septiembre de 2018 a solicitud del interesado.

Información adicional en nuestra línea de atención al usuario
01 8000 122219

NO VALIDA PARA TRAMITES LABORALES

Cordialmente,

ANDREA ROMERO VALENZUELA
COORDINADORA DE SERVICIO AL CLIENTE
CAPITAL SALUD EPS-S

ARL | sura

Medellín, 17 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que ESTEYSY KATHERINE NAVAS URIBE identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033714891 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 05/05/2018 **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:** 0000000006 - ADMIN 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:C10337148911826070759

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 7.39 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ESTEYSY KATHERINE NAVAS URIBE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,033,714,891**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes