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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDRES FELIPE SUAREZ CABRA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1032433876						
CORREO ELECTRONICO:	ANDRESSUAREZ1948@GMAIL.COM				CELULAR:	3123851788						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SU44											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	SUR						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K28	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:	201-762961-61								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0716-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 8 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP		36977	FECHA	31/08/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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:										

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 **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.844293**, 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
8483604590	$1.228.262,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

Dado en Bogotá en el mes de septiembre del año Dos Mil dieciocho(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA M. RODRIGUEZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Andres Suarez

ANDRES FELIPE SUAREZ
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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ESPACIO TRABAJO				**Sede: SUR OCCIDENTE**						
No. DE CONTRATO: 0716-2018		**Periodo certificado desde el**	***Día***	***Mes***	***Año***	**a**	***Día***	***Mes***	***Año***
			1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDRES FELIPE SUAREZ CABRA		**C. C.**		1.032.433.876		**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentrode los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio Trabajo	SI	Cumplimiento con las acciones establecidas en el espacio trabajo	Formatos de trabajo infantil y de UTIS
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-ESE	SI	34 adolescentes 2 asesoria kennedy, 8 adolescentes 2 asesoria puente aranda, 16 utis altas Kennedy ,30 adolescentes 1 asesoria kennedy, 2 ssc kennedy,	Formatos de trabajo infantil, acta , ficha tecnica y formatos utis.
Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	NO	No se presentan para este mes	formato activacion de ruta
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se brinda educacion durante el acompañamiento a las familias y adolescentes	No se presentan para este mes
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión	NO	*No se presentan para este mes*	*No se presentan para este mes*
Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
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	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	NO	No se presentan para este mes	No se presentan para este mes
Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica	SI	Se brinda educacion durante el acompañamiento a las familias y adolescentes	*No se presentan para este mes*
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	si	reunion fortalecimiento equipo dia 20 de septiembre de 2018, reunion equipo salud mental 4 de septiembre de 2018,	No se presentan para este mes

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (2) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES SETENTA MIL SEISIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS (3070655)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Andres Suarez
1032433876

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.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que SUAREZ CABRA ANDRES FELIPE identificado(a) con CC 1032433876 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ANDRES FELIPE SUAREZ CABRA identificado(a) con CC 1032433876

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
8483604590	369516085	I	2018-09-17	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-09	30																		$1,228,262	12.5%	$153,600
8483604590	369516085	I	2018-09-17	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-09	30																		$1,228,262	16%	$196,600
8483604590	369516085	I	2018-09-17	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2018-09	30																		$1,228,262		$0
8483604590	369516085	I	2018-09-17	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2018-09	30																		$1,228,262		$0
8483604590	369516085	I	2018-09-17	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2018-09	30																		$0	0%	$0
8483604590	369516085	I	2018-09-17	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2018-09	30																		$0	0%	$0
8483604590	369516085	I	2018-09-17	ARL	14-28	ARP SURA (ANTES SURATEP)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-09	30																		$1,228,262	2.436%	$30,000
8483604590	369516085	I	2018-09-17	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-09	30																		$1,228,262	2%	$24,600

Este certificado se expide el día 2018-09-17 a las 07:48.

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: 16 sept 2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SUAREZ	CABRA	ANDRES FELIPE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C C (X) C E ( ) PAS ( ) No 1032433876

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1032433876 D.M 1

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES DIC AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C

CIUDAD Bogotá D.C

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cl68a 112a 20

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C TELEFONO 6089470

EMAIL andressuarez1948@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°	*2°*	*3°*	*4°*	*5°*	*6°*	*7°*	*8°*	*9°*	*10°*	*11°*	MES NOVIEMBRE AÑO 2007
										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*
UN	10	X		PSICOLOGO	10	2013	

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

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 de salud sur occidente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D C	*MUNICIPIO*: Bogotá D C	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: espaciotrabajosuroccidente@gmail com	
TELÉFONOS: 3753569	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 6 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Apoyo profesional como psicologo	*DEPENDENCIA*: Salud urbana	*DIRECCIÓN*: Kr 97 16h 60	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Best Buddies	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D C	*MUNICIPIO*: Bogotá D C	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@bestbuddies com co	
TELÉFONOS: 7026044	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 4 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 9 MES 6 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Preparador laboral	*DEPENDENCIA*: Preparación laboral	*DIRECCIÓN*: Carrera 7b Bis # 124-58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: red moderna	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D C	*MUNICIPIO*: Bogotá D C	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3122926475	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 11 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: facilitador	*DEPENDENCIA*: convenio 072-16	*DIRECCIÓN*: cl 51 15 85	

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

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 hospital vista hermosa ESE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7300 000	DIA 2 MES 1 AÑO 2015	DIA 31 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
apoyo profesional como psicologo	salud publica	Calle 67A Sur # 18C-12

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	2
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	2

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. (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95)

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Andres Felipe Suarez

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

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: 17-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANDRES FELIPE SUAREZ CABRA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1032433876 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Cl68a 112a 20 **Teléfonos** 3123851788 6089470

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Maria Florinda Cabra Murcia	35466175	MADRE
Luis Alfredo Suárez	19287521	PADRE
Luis Alejandro SUarez Cabra	1018446162	HERMANO(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	$ 36.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 36.000.000,00

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
Bancolombia	AHORROS	20176296161	SantaFe	$ 200.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
OTRO	Bicicleta	$ 1.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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: 17-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

Andres Suarez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-sep-2018

CIUDAD Y FECHA