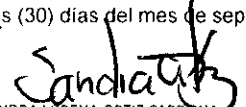
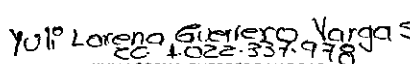
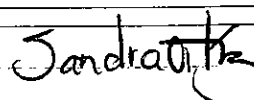


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YULI LORENA GUERRERO VARGAS										
TIPO DE DOCUMENTO				C.C	X	C.E	NO.		1,022,337,978					
CORREO ELECTRONICO:				loragv9933@gmail.com				CELULAR:		3208910085				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:														
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FARMACIA URGENCIAS				SEDE:		Pablo VI				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		M05C	100											
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				10058637292				PENSIONADO		No				
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4078-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				5 DE 5		
NÚMERO DE CDP		1433		FECHA	30/08/2018		NÚMERO DE CRP	39299		FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE FARMACIA 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 institución.										
PERIODO CERTIFICADO				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO	
						1	9	2018			30	9	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,576,350										
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				NO APLICA						
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:								\$7,801,584						
VALOR EJECUTADO								\$7,801,584						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1,576,350						
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					
Dado en Bogotá a los (30) días del mes de septiembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.														
Cordialmente,														
 SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA								 YULI LORENA GUERRERO VARGAS						
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA						

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
 Fecha de aprobación: 03/04/2017
 Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:		FARMACIA-URGENCIAS		Sede: PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	4078 - 2018	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	9	2,018		30	9	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YULI LORENA GUERRERO VARGAS			C. C.	1.022.337.978			DE	BOGOTÁ	
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestara sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente										
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI X NO ____ Servicios: SI ____ NO ____										
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS			
1. Realizar la relación de formulas medicas de los usuarios de la institucion		SI	1. Realizar la relacion de formulas medicas de los usuarios de la institucion				Aplicando el formato establecido por la intranet AAU-M05-DI-FT-185 o en fisico			
2. Realizar dispensacion y alistamiento de medicamentos aplicando los 5 correctos de dispensacion y los 4 inequívocos		SI	2. Realizar dispensacion y alistamiento de medicamentos aplicando los 5 correctos de dispensacion y los 4 inequívocos				Revision y archivo de formulas entregadas			
3. Realizar la verificación de los medicamentos facturados y dispensados versus prescripción medica		SI	3. Realizar la verificación de los medicamentos facturados y dispensados versus prescripción medica				AAU-M05-DI-OD-151 facturas de las formulas revisadas y firmadas			
4. Realizar chequeo cruzado y alistamiento programa medicamentos cerca de casa.		SI	4. Realizar chequeo cruzado y alistamiento programa medicamentos cerca de casa.				Revision de formulas y facturas firmadas.			
5. Realizar registro de demanda insatisfecha de prescripción de medicamentos		SI	5. Realizar registro de demanda insatisfecha de prescripción de medicamentos.				Llevar un registro de los medicamentos y elementos que fallen en el servicio			
6. Realizar conteos cíclicos o según política de la institucion para verificación y control de kardex		SI	6. Realizar conteos cíclicos o según política de la institucion para verificación y control de kardex.				Aplicando el formato de inventarios; verificando fisico versus Hosvital.			
7. Velar por el continuo almacenamiento de las estanterias del Servicio Farmaceutico.		SI	7. Velar por el continuo almacenamiento de las estanterias del Servicio Farmaceutico.				Aplicando las barreras de seguridad guiado por el instructivo como organización, semaforización y fechas de vencimiento			
8. Registro de prescripción de Formulas de Control Especial de acuerdo a los lineamientos institucionales.		SI	8. Registro de prescripción de Formulas de Control Especial de acuerdo a los lineamientos institucionales				Registro y orden en los libros y paquetes de Medicamentos de Control.			
9. Realizar entrega de turno según procedimientos Institucionales establecidos		SI	9. Realizar entrega de turno según procedimientos Institucionales establecidos				Formato de entrega de turno AAU-733-DI-FT-187.			
10. Realizar limpieza y desinfección de estanterias del Servicio Farmaceutico		SI	10. Realizar limpieza y desinfección de estanterias del Servicio Farmaceutico.				Llevando acabo el protocolo de limpieza AAU-B01C-DI-PT-001.			
11. Realizar semaforización de los medicamentos y dispositivos medicos que se encuentren almacenados en el servicio farmaceutico.		SI	11. Realizar semaforización de los medicamentos y dispositivos medicos que se encuentren almacenados en el servicio farmaceutico.				Llevando el control de fechas de vencimiento con sus respectiva semaforización			
12. Realizar control de lotes y fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos medicos que se encuentren almacenados en el servicio farmaceutico		SI	12. Realizar control de lotes y fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos medicos que se encuentran almacenados en el servicio farmaceutico.				Aplicando el formato de control de fechas de vencimiento AAU-M05C-DI-FT-195			
TOTAL A PAGAR (\$ 1.576.350) UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA (MCTE)										
Yuli Lorena Guerrero Vargas cc-1022-337-978 <small>NOMBRE COMPLETO DEL ALIADO DEL CONTRATISTA Y NOMBRE DEL CONTRATISTA</small>				Fecha: 30/09/2018 Firmado por el representante: 						

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Version 2
Fecha de aprobación 03/04/2017
Código 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:		FARMACIA -URGENCIAS		Sede: PABLO VI							
No. DE CONTRATO:		4078 - 2018		Periodo certificado desde el		Día		Mes		Año	
						1		9		2,018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		YULI LORENA GUERRERO VARGAS		C. C.		1.022.337.978		DE		BOGOTA	
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente											
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI NO											
OBLIGACIONES CONTRACTUALES			PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS			
13. Realizar rotulación correcta de los estantes y/o columnas de almacenamiento.			SI	13. Realizar rotulación correcta de los estantes y/o columnas de almacenamiento.				Hacer su respectiva rotulación de la estantería del servicio farmacéutico.			
14. Realizar entrega de informe de Fechas de Vencimiento los 5 primeros días de cada mes.			SI	14. Realizar entrega de informe de Fechas de Vencimiento los 5 primeros días de cada mes				Aplicando formato establecido por la intranet AAU-M05-DI-PT-006			
15. Adherirse al protocolo de medicamentos LASA Y MAR (almacenamiento, semaforización e identificación.)			SI	15. Adherirse al protocolo de medicamentos LASA Y MAR (almacenamiento, semaforización e identificación.)				Aplicando el protocolo establecido por el servicio farmacéutico AAU-M05-DI-FT-989.			
16. Realizar toma de temperatura, humedad y cadena de frío de manera periódica (mañana, tarde y noche)			SI	16. Realizar toma de temperatura, humedad y cadena de frío de manera periódica (mañana, tarde y noche)				Llevando los formatos establecidos por la intranet GCD-R10A-DI-FT-613, GCD-R10A-DI-FT-614, GCD-R10A-DI-FT-615.			
17. Velar por el orden y limpieza del Servicio Farmacéutico			SI	17. Velar por el orden y limpieza del Servicio Farmacéutico.				Llevando acabo el protocolo de organización y limpieza AAU-B01C-DI-PT-001.			
18. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad e inventario.			SI	18. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad e inventario				Son acciones de actitud y compromiso con la institución, no aplica para diligenciar soporte.			
19. Realizar la digitación de formulas en los aplicativos institucionales.			SI	19. Realizar la digitación de formulas en los aplicativos institucionales.				Aplicando el sistema de HIMS E HOSVITAL, según como lo establece la institución.			
20. Adherirse a guías, protocolos, instructivos, procedimientos y formatos del servicio y programa cerca de casa.			SI	20. Adherirse a guías, protocolos, instructivos, procedimientos y formatos del servicio y programa cerca de casa.				Aplicando los instructivos de la institución AAU-M05-DI-IN-029 establecido por la intranet			
21. Realizar la dispensación de medicamentos que requieran cadena de frío a la casa de los usuarios de la institución y dispensación de formulas.			SI	21. Realizar la dispensación de medicamentos que requieran cadena de frío a la casa de los usuarios de la institución y dispensación de formulas.				Llevando el control de los medicamentos que requieren cadena de frío y llevando los formatos establecidos por la intranet para la entrega de estos en casa GCD-R10A-DI-FT-613, GCD-R10A-DI-FT-614, GCD-R10A-DI-FT-615.			
22. Recepcionar devoluciones de medicamentos de enviados por los centros de atención de la institución y realizar la devolución al inventario			SI	22. Recepcionar devoluciones de medicamentos de enviados por los centros de atención de la institución y realizar la devolución al inventario.				Hacer su respectiva devolución en físico y sistema.			
23. Las demás actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto contractual.			SI	23. Las demás actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto contractual.				Se llevara acabo según lo establezca la institución para fines pertinentes.			
TOTAL A PAGAR (\$ 1.576.350) UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA (MCTE)											
Yuli Lorena Guerrero Vargas cc. 1022-337-978						Fecha: 30/09/2018 Firma de recibido supervisor					
NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA YULI LORENA GUERRERO VARGAS						Sandra O. K.					

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

Medellín, 13 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que YULI LORENA GUERRERO VARGAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022337978 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 04/05/2018

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048 ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE 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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10223379781825644489

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:

13/09/2018 12:21 PM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO



CERTIFICA

Que el (la) señor(a) GUERRERO VARGAS YULI LORENA con documento de identidad CC 1022337978 se encuentra activo en nuestra base de datos del REGIMEN CONTRIBUTIVO en la ciudad de BOGOTA desde 1 de Marzo de 2018.

Se expide a los 14 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



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **YULI LORENA GUERRERO VARGAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,022,337,978**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

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	1022337978
NOMBRES	YULI LORENA
APELLIDOS	GUERRERO VARGAS
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	CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	CONTRIBUTIVO	01/03/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/14/2018 10:17:34	Estación de origen:	190.24.132.6
----------------------------	------------------------	----------------------------	--------------

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.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)



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, YULI LORENA GUERRERO VARGAS

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1022337978 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección calle 65 A sur 82 k 18

Teléfonos 3208910085 4976967

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ROSALBINA VARGAS CASTRO	41410699	MADRE

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	\$ 3.300.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 3.900.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 7.200.000,00

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	100-586372-92	BOGOTA	\$ 0,00

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
BANCOLOMBIA	CREDITO DE LIBRE INVERSION	\$ 1.500.000,00

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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.**SIDEAP**
SISTEMA INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Última Actualización: 13-sep-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
	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

Yuli Lorena Guerrero Vargas
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-sep-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

Última Actualización: 13-sep-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GUERRERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VARGAS	NOMBRES YULI LORENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1022337978	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 7 MES NOV AÑO 1986 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 65 A sur 82 k 18 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4976967 EMAIL loregv9933@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		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	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)

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	tecnico profesional en servicios farmaceuticos	7 2013	1022337978



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 Integrado de Información de Datos de los Empleados y Contratistas de la E.S.E.

Última Actualización: 13-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7300000	DÍA 2 MES 5 AÑO 2018		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE FARMACIA	ASISTENCIA URGENCIAS	CAPS PABLO VI	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
EQUIMEDICA PHARMA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	info@equimedicapharma.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7430063	DÍA 9 MES 5 AÑO 2017		DÍA 8 MES 8 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE FARMACIA	DISPENSARIO PABLO VI	CLL 23#116-31	

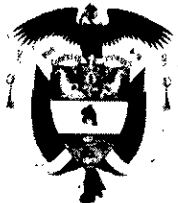
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DROSERVICIO SERVICIOS Y ASESORIAS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3230622	DÍA 10 MES 1 AÑO 2015		DÍA 7 MES 4 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE FARMACIA	DISENSARIO SUR OCCIDENTE	CRA 86#53B-80 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	0	3
PRIVADO	0	5



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: 13-sep-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	0	9

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 INCOMPATIBILIDAD 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

Juli Lorena Guerrero Vargas cc-1022-337-978
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