| 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 | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | RAFAEL CEPEDA REYES | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 79373261 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | rafael.54068@gmail.com | | | | CELULAR: | 3103450570 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | PAPS ABASTOS US 39 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | KENNEDY | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | K30 | 100,0% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 475070008465 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0508-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 8 DE 11 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1416 | FECHA | 22/08/2018 | NÚMERO DE CRP | 36816 | FECHA | 31/08/2018 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo 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: | $1.232.426 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0 % | $0 | | | | | | |

OBSERVACIONES:

## CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $13.556.686 |
| VALOR EJECUTADO | $9.859.408 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | : $ 1.232.426 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.697.278 |
| 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 $1.953.105 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8483477643 | $781.242,00 | $125.000 | $97.700 | 3 | $19.100 | **$241.800** |

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

**DIANA PAOLA RAMIREZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**RAFAEL CEPEDA REYES**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**



Scanned by CamScanner

| 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 BOGOTA D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | PIC | | | | **Sede:PAPS CORABASTOS** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 0508-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 9 | 2.018 | | 30 | 9 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | RAFAEL CEPEDA REYES | **C. C.** | 79.373.261 | | | de | BOGOTA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios de apoyo 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.

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI** X

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Dar cumplimiento a las actividades y metas designadas en plan de accion con base a las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS | SI | Durante el mes de Septiembre se realizan seguimientos a 15 familas de PcD por segunda vez y 15 familias de PcD por tercera vez. 4 Sesiones de Lideres, Cuidadores, Desarrollo de capacidades y 2 de semilleros | Se entregan soporte según lineamientos actas y formatos de recoleccion de datos |
| Desarrollo de acciones itinerantes en el espacio publico | NO | No aplica para el mes de SEPTIEMBRE | N/A |
| Participar en la planeacion direccionamiento tecnico y ejecucion de las jornadas locales y distritales y promocion de la salud de acuerdo al cronograma definido por la SDS y la Subred | NO | No aplica para el mes de SEPTIEMBRE | N/A |
| Desarrollar acciones de control social informacion sencibilizacion y educacion seguimiento a la canalizacion | SI | Activación de La Estrategia de RBC con visitas domiciliarias | Se entregan soportes actas , listados y formato recolección de datos. |
| Generar incidencia en la reduccion del daño y gestion frente a problematicas de salud identificadas | SI | Se socializa y educa sobre la importancia del lavado de manos a los nodos familiares de la estrategia RBC . | Se entregan soportes actas , listados y formato recolección de datos. |
| implementar actividades ludicopedagogicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderameinto en practicas de cuidado en salud | SI | Se implementan actividades para La Estrategia de RBC con visitas domiciliarias | Se entregan soportes actas , listados y formato recolección de datos. |
| Participar en reuniones de asistencia tecnica programadas por las referentes de la SDS | SI | Se realiza asistencia tecnica del mes de SEPTIEMBRE el dia 02 de SEPTIEMBRE/2018 | Se entregan soportes actas , listados y formato recolección de datos. |
| Consolidar y fortalecer grupos de lideres pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusion | SI | Durante el mes de SEPTIEMBRE se apoyan grupos en la localidad de Fontibón para la implemantación de la estrategia RBC | Se entregan soporte según listados de asistencia |
| Fortalecer las capacidades de autogestion y liderazgo de personas colectivos grupos organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilizacion social por el derecho a la salud | SI | Se realiza acompañamiento a los Líderes en la realizacion de jornada e incidencia politica. | Se entregan soporte según listados de asistencia |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos a las preauditorias de referente del espacio asignado | SI | Se realiza ajuste de soportes según requerimiento de lideres del espacio publico | Se entregan soporte según listados de asistencia |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos | SI | Se entrega soportes de acuerdo a cada una de las lineas de intervencion y se aporta a los informes y matrices segun requerimiento | Se entregan soporte según listados de asistencia |
| Alistar soporte y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la FIRMA AUDITORA o la SDS entes de control | SI | De acuerdo a revision se ajusta a requerimientos ajustados | Se entregan soporte según listados de asistencia |
| Asumir al 100% la glosa generada por la firma interventora *al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de* calidad oportunidad o de otra indole que tenga responsabilidad el contratista | NO | Por entrega total de los productos no aplica para el mes de SEPTIEMBRE | N/A |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.232.426 ( UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE)**

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA RAFAEL CEPEDA REYES CC. 79373261 de Bogotá

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.

Scanned by CamScanner

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79373261 | | CEPEDA REYES RAFAEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 20 C N° 96 C 67 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2676976 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2018-09 | 2018-09 | 93365434 | 8483477643 | I | 2018/10/12 | 2018/09/04 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $241,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $19,100 | $0 | $0 | $19,100 |
| ARP SURA (ANTES SURATEP) | 14-28 | 800,256,161 | 9 | 1 | $19,100 | $0 | $0 | $19,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $97,700 | $0 | $0 | $97,700 |
| MEDIMAS EPS | EPS044 | 901,097,473 | 5 | 1 | $97,700 | $0 | $0 | $97,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $241,800 | $0 | $0 | $241,800 |

PAGADO

Scanned by CamScanner

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79373261 | | CEPEDA REYES RAFAEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 20 C N° 96 C 67 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2676976 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2018-09 | 2018-09 | 93365434 | 8483477643 | I | 2018/10/12 | 2018/09/04 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $241,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 79373261 | CEPEDA RAFAEL | 25-14 | 30 | $781,242 | $125,000 | EPS044 | 30 | $781,242 | $97,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-28 | 30 | $781,242 | $19,100 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 |

PAGADO

Scanned by CamScanner

medimás EPS

Certificación de afiliación

# Certificado de Afiliación

El Señor RAFAEL CEPEDA REYES , identificado con Cédula Ciudadanía 79.373.261, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

## Información del Afiliado:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | RAFAEL CEPEDA REYES | | |
| Número de identificación: | 79373261 | Tipo Identificación: | Cédula Ciudadanía |
| Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): | 01/08/2017 | Fecha de retiro: | |
| Estado actual: | VIGENTES | Razón de estado: | Al día - empleador pago al día |
| Tipo de Afiliado: | COTIZANTE | Nombre de Régimen | CONTRIBUTIVO |
| Dirección actual de residencia: | CALLE 20C 96C-67 | Municipio residencia: | Bogotá D.C. |
| Teléfono actual de residencia: | 2676976 | Depto. Residencia: | SANTAFE DE BOGOTA DC |

| Documento Aportante | Razón Social | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|---|---|---|---|
| 79373261 | RAFAEL CEPEDA REYES | 01/10/2017 | |

## Información de los beneficiarios:

| Tipo de Afiliado | Identificación | TD | Nombre | Fecha afiliación | Estado | Fecha retiro | Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 14 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:

Scanned by CamScanner

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: 31-jul-2018

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| CEPEDA | REYES | RAFAEL |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79373261

*SEXO*: F ( ) M (X)

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 684671 D.M 02

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 25 MES OCT AÑO 1965

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Tunja

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CALLE 20C 96C-67

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá, D.C. TELEFONO 2676976

EMAIL rafael.54068@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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES DICIEMBRE AÑO 1998 |

***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 |
| Ingles | | | X | | | X | | | X |

Scanned by CamScanner

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: 31-jul-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* |
| PUBLICO | 6 | 8 |
| PRIVADO | 0 | 0 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 0 | 0 |

## 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.

Scanned by CamScanner

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: 31-jul-2018

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Scanned by CamScanner

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: 31-jul-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** RAFAEL CEPEDA REYES

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79373261 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** CALLE 20C 96C-67 **Teléfonos** 3103450570 2676976

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 | $ 0,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 14.808.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 14.808.000,00 |

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 | 475070008465 | fontibon | $ 140.000,00 |

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



Scanned by CamScanner

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: 31-jul-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 |
|---|---|

## 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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 31-jul-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner