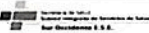
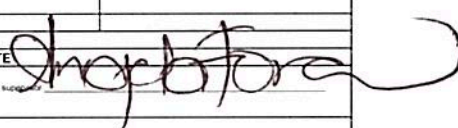


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ERNESTO BONET MORALES											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				16619289				
CORREO ELECTRONICO:				ernbonn@gmail.com				CELULAR:				3134312507			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC				SEDE:				FONTIBON			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		K27	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:				AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				0570475070020635								PENSIONADO		NO	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3566-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 8 DE 11			
NÚMERO DE CDP		1416		FECHA		22/08/2018		NÚMERO DE CRP		39019		FECHA		31/08/2018	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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: (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:										\$32.548.943					
VALOR EJECUTADO										\$23.336.978					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$3.070.655					
VALOR A LIBERAR										\$0					
SALDO POR EJECUTAR										\$9.314.320					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										73%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:															
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16%		NIVEL ARL	APORTE ARL		TOTAL APORTES						
Dado en Bogotá en el mes de Septiembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:										ERNESTO BONET MORALES NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA					

 INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 03/04/2017 Código: 04-03-FO-0003									
Ubicación del Servicio:		PIC		SEDE FONTIBON F009							
No. DE CONTRATO:		3566-2018		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>9</td> <td>2018</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año	1	9	2018
Día	Mes	Año									
1	9	2018									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ERNESTO BONET MORALES		<table border="1"> <tr> <th>C. C.</th> <th>DE</th> <th>CALI</th> </tr> <tr> <td>16.619.289</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		C. C.	DE	CALI	16.619.289		
C. C.	DE	CALI									
16.619.289											
Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 NO Servicios: SI NO											
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMA DO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS						
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del espacio.		SI	15 casos individuales en octava sesión. Dos días Administrativos (un informe mensual). 4 reuniones de Equipo. 2 sesiones de Diálogo de saberes. 2 días en centro. Una jornada de autocuidado		*Formatos de registro PAP-010. Formatos de registro PAP-020. Formatos de Registro PAP-030. Actas de Las reuniones de equipo, la Relatoria del Diálogo de saberes, el acta del fortalecimiento técnico y el acta del autocuidado. Informe mensual, cronograma, Matriz de diálogos.						
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	Se llevaron los 15 casos hasta la sesión 8*		se hace entrega de los 15 formatos debidamente diligenciados, hasta la 8* sesión.						
Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.		NO	No aplica para el periodo certificado		No aplica para el mes certificado						
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales entre otras) Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado.		NO	No aplica para el periodo certificado		No aplica para el periodo certificado						
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 aplica para el periodo certificado		No aplica para el periodo certificado						
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.		NO	No aplica para el periodo certificado		No aplica para el periodo certificado						
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.		SI	No aplica para el periodo certificado		Matriz de Gestantes						
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.		SI	Se brinda información a los participantes sobre sus derechos en su condición de víctimas.		No aplica para el periodo certificado						
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.		NO	No aplica para el periodo certificado		No aplica para el periodo certificado						
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.		SI	Se hacen 4 entregas de los soportes semanales.		se hace entrega de los 15 formatos debidamente diligenciados, hasta la 8* sesión.						
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.		SI	Se realizan los ajustes al diligenciamiento de los formatos según las indicaciones de la coordinación local		Formatos de Registro						
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.		SI	se hace entrega de informe mensual		Informe mensual						
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.		NO	No aplica para el periodo certificado		No aplica para el periodo certificado						
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 de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).		NO	No aplica para el periodo certificado		No aplica para el periodo certificado						
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.		SI	Se hace buen uso de los recursos entregados para la ejecución de las actividades		Se hace entrega de los formatos del mes.						
OBSERVACIONES:											
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3070655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE											
ERNESTO BONET MORALES 16619289			Fecha: 30/09/2018 Firma de recibido supervisor: 								
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.											



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ERNESTO BONET MORALES identificado(a) con cedula ciudadanía 16.619.289 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20150604	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10160432

CER-AFI

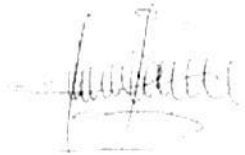


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ERNESTO BONET MORALES** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **16619289**, se encuentra afiliado (a) desde **10/05/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de septiembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellín, 20 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que ERNESTO BONNET MORALES identificado(a) con cédula de ciudadanía 16619289 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 16/02/2018

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: C166192891826339078

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:

20/09/2018 10:51 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



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 INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BONET	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MORALES	NOMBRES ERNESTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 16619289	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 648009 D.M. 16		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 10 MES FEB AÑO 1959 PAÍS Colombia DEPTO Valle del Cauca CIUDAD Cali		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA cra 89 19A-50 / in 2 / ap 207 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4740860 EMAIL ernbonn@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		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	JUNIO	AÑO	1977

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X	PSICOLOGO	8 1989	117055

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	



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: 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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	papsivibogotanorte@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
+57 1 3753569	DÍA 13 MES 2 AÑO 2018		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PSICÓLOGO	PAPASIVI	Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL FONTIBON	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@hospitalfontibon.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4860033	DÍA 1 MES 7 AÑO 2015		DÍA 30 MES 5 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PSICÓLOGO	SALUD PUBLICA	CRA 104 CALLE 20C	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
IDIPRON	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ueoasis@idipron.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2687974	DÍA 1 MES 11 AÑO 2005		DÍA 30 MES 10 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PSICÓLOGO CLÍNICO	PATIO OASIS	CALLE 10A 45-09	



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.



Última Actualización: 18-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 FUNDACIÓN KONRAD LORENZ	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@fukl.edu	
TELÉFONOS 3472311	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 7 AÑO 2003		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 6 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO DOCENTE	DEPENDENCIA FACULTAD DE PSICOLOGÍA	DIRECCIÓN CRA 9bis 62-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD EL BOSQUE	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD psicologia@unbosque.edu.co	
TELÉFONOS 6331368	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 7 AÑO 1997		FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 12 AÑO 1999
CARGO O CONTRATO DOCENTE	DEPENDENCIA FACULTAD DE PSICOLOGÍA	DIRECCIÓN TR. 9Abis 132-55	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD noexistecorreos@javeriana.edu	
TELÉFONOS 3208320	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 6 AÑO 1997		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 12 AÑO 1998
CARGO O CONTRATO DOCENTE	DEPENDENCIA FACULTAD DE EDUCACIÓN	DIRECCIÓN CRA 7 40-62	



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 DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-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 FUNDACIÓN KONRAD LORENZ	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@fukl.edu	
TELÉFONOS 3472311	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 1 AÑO 1991		FECHA DE RETIRO DÍA 11 MES 12 AÑO 1992
CARGO O CONTRATO DOCENTE	DEPENDENCIA FACULTAD DE PSICOLOGÍA	DIRECCIÓN CRA 9bis 62-43	

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	2	5
PRIVADO	8	3
PARTICULAR	28	7
TOTAL	27	7

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).

Bogotá, Sept. 14/18
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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 DISTINTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-sep-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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ERNESTO BONET MORALES

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 16619289 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección cra 89 19A-50 / in 2 / ap 207

Teléfonos 3134312507 4740860

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
HENRY BONNET MORALES	19214461	HERMANO(A)
CYNTHIA BONNET MORALES	31300487	HERMANO(A)
DIEGO FERNANDO BONNET MORALES	16657537	HERMANO(A)
MARTHA CECILIA BONET FORERO	1026281371	HIJO(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	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 0,00

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	475070020635	FONTIBON	\$ 879.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	M.I. 370-857094 (CALI)	\$ 20.028.666,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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
CONSUELO FORERO BOSSIO	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	35332709

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-sep-2018

CIUDAD Y FECHA