

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	CÓDIGO:	DE-DEAJU-FR-027
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL	VERSIÓN N°:	02
		VIGENCIA:	27/09/2022

UNIDAD Y/O DEPENDENCIA: CAMAN ESM 1882

FECHA INFORME: Día: 07 Mes: 03 Año: 2023

CONTRATO N°. 003-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-CAMAN-ESM1882-2023

CONTRATISTA: PAOLA ANDREA BAEZ BAQUERO.

VALOR DEL CONTRATO: \$18.070.364,00

FORMA DE PAGO:

PAC MARZO	\$ 1.682.174
PAC ABRIL	\$ 1.638.819
PAC MAYO	\$ 1.638.819
PAC JUNIO	\$ 1.638.819
PAC JULIO	\$ 1.638.819
PAC AGOSTO	\$ 1.638.819
PAC SEPTIEMBRE	\$ 1.638.819
PAC OCTUBRE	\$ 1.638.819
PAC NOVIEMBRE	\$ 1.638.819
PAC DICIEMBRE	\$ 1.638.819
PAC CXP 2022 PAGADERAS 2023	\$ 1.638.819

FECHA FIRMA: Día: 20 Mes: 02 Año: 2023

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de Servicios Técnicos como Auxiliar de Enfermería para el Establecimiento de Sanidad Militar 1882 del Comando Aéreo de Mantenimiento y Escuela de Suboficiales "CT. Andrés M Díaz", de manera personal y autónoma.

CONTRATO MODIFICATORIO No. N/A

FECHA DE FIRMA: N/A

ASPECTOS OBJETO DE MODIFICACION: N/A

PLAZO Y CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO:

Plazo Ejecución Contractual: Desde el 24 de Febrero al 31 de Diciembre 2023

Porcentaje Avance en tiempo: **3.55%**

Porcentaje de Ejecución (con relación a los bienes y/o servicios recibidos): **3.55%**

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	CÓDIGO:	DE-DEAJU-FR-027
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL	VERSIÓN N°:	02
		VIGENCIA:	27/09/2022

AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Recursos Girados: (relacionar los pagos realizados a la fecha del informe)

Porcentaje de pagos realizados: 0 %

Porcentaje de pagos pendientes de realizar: 100%

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
YESENIA ARANGO BERNAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA

INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA O PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN ATRIBUIBLES AL CONTRATISTA:

No X Sí _____

Describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas:

A LA FECHA LA CONTRATISTA NO ESTÁ INCUMPLIMIENTO EL CONTRATO, TENIENDO EN CUENTA, QUE HA REALIZADO LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRO ESTIPULADO EN EL CONTRATO.

INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA FAC O PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN ATRIBUIBLES A LA FAC:

No X. Sí _____.

Describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas:

NO HAY INCUMPLIMIENTO POR LA FAC, TODA VEZ QUE LA EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DEL CONTRATO SE HA REALIZADO DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL MISMO.

LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO ESTA ESTRUCTURADO SOBRE UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

No X Sí _____

(En caso afirmativo deberá anexarse el cronograma con el porcentaje de avance de cada tarea o actividad).

DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA AJUSTADO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS DOCUMENTOS DEL CONTRATO (PLIEGO DE CONDICIONES, INVITACION PUBLICA, SOLICITUD DE OFERTA, OFERTA, CONTRATO Y OTROS DOCUMENTOS)

No _____ Sí X_____

En caso negativo explicar detalladamente las razones por las cuales no se ha dado cumplimiento a los términos y condiciones por parte del contratista:

A LA FECHA LA CONTRATISTA A DEMOSTRADO UN EXCELENTE DESEMPEÑO EN LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES, TENIENDO EN CUENTA QUE SE HAN REALIZADO DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO Y SE HAN LLEVADO A CABO SEGÚN LA REGLAMENTACIÓN Y PROTOCOLOS DE LA JEFATURA DE SALUD.

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	CÓDIGO:	DE-DEAJU-FR-027
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL	VERSIÓN N°:	02
		VIGENCIA:	27/09/2022

DESCRIPCION DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS E INFORME DE TRABAJOS REALIZADOS POR EL CONTRATISTA DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISIÓN
(Listar actividades específicas realizadas)

A LA FECHA LA CONTRATISTA HA REALIZADO SUS ACTIVIDADES DE FORMA CORRECTA Y DENTRO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SIEDO ASÍ LO SIGUIENTE:

1. PRESTA LOS SERVICIOS DE SALUD DE MANERA CORDIAL, AMABLE, EFICAZ Y EFICIENTE BUSCANDO SIEMPRE LA RECUPERACIÓN Y BIENESTAR DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS.
2. REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS LIBROS DE MINUTA DE LOS DIFERENTES SERVICIOS CON VERACIDAD Y OPORTUNIDAD (LIBRO DE MINUTA DEL SERVICIO DE CONSULTA PRIORITARIA, INGRESO DE PACIENTES, FORMATOS DE INVENTARIO DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, FORMULAS CONTROLADOS, CARRO DE PARO, STOCK DE MEDICAMENTOS, TRAZABILIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS, CONTROL DE ESTERILIZACIÓN). LO ANTERIOR TENIENDO EN CUENTA FORMATOS VIGENTES EN PLATAFORMA SUITE VISIÓN EMPRESARIAL, REALIZANDO SEMAFORIZACIÓN CORRESPONDIENTE SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA JEFATURA DE SALUD FAC, E INFORMAR AL JEFE INMEDIATO.
3. REALIZA ENTREGA AL ÁREA DE ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS, DE FORMATOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, INCAPACIDADES Y CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DILIGENCIADOS EN SU TOTALIDAD, ADECUADAMENTE ORGANIZADA, ANTES DE RETIRARSE DEL ESTABLECIMIENTO.
4. PROPORCIONA EN LOS CONSULTORIOS LA PAPELERÍA, INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, EQUIPOS MÉDICOS Y ELEMENTOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES SEGÚN LOS INSUMOS ENTREGADOS POR EL ALMACÉN.
5. EFECTUA EL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y ESTERILIZACIÓN DE INSTRUMENTAL UTILIZADO Y MATERIAL QUE SE ENCUENTRA EN LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA, OBSERVACIÓN, ATENCIÓN PRIORITARIA, CARRO DE PARO, MALETINES DE REACCIÓN Y AMBULANCIAS, IDENTIFICÁNDOLO CON FECHA Y RESPONSABLE, DEJANDO EL RESPECTIVO REGISTRO EN EL LIBRO Y CARPETA DESTINADO PARA DICHO FIN, CUANDO SE REQUERIDO.
6. REALIZA VERIFICACIÓN DE INVENTARIOS DE LOS ELEMENTOS EN LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA, ATENCIÓN PRIORITARIA, AMBULANCIAS, AL RECIBIR Y ENTREGAR CADA SERVICIO, DILIGENCIANDO LOS DIFERENTES FORMATOS SOLICITADOS E INFORMADOS POR EL JEFE DEL SERVICIO.

ANEXOS SOPORTES DEL PAGO O PAGOS REALIZADOS DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISION (SOPORTES DE LA FACTURACION).

(Cuando se trate de contratos de servicios de transporte (terrestre, aéreo y fluvial) servicios de operadores logísticos o cuyo objeto obedezca a servicios logísticos, servicios de atención de eventos institucionales)

N/A

DESCRIPCION DETALLADA DE TRABAJOS PENDIENTES Y OBSERVACIONES:

(Listar actividades específicas pendientes y demás aspectos a tener en cuenta sobre la ejecución del contrato)

CONTINUAR REALIZANDO LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL CONTRATO.

SEGUIMIENTO A RIESGOS:

“¿En el periodo de ejecución reportado existe la posibilidad de materialización de algún riesgo, atendiendo la matriz de riesgos definida en los estudios y documentos previos?

SI: _____ NO: N/A

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	CÓDIGO:	DE-DEAJU-FR-027
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL	VERSIÓN N°:	02
		VIGENCIA:	27/09/2022

En el evento que la respuesta sea afirmativa, se requiere se anexe el correspondiente soporte documental para su posterior ajuste y tratamiento, el cual deberá ser verificado por el supervisor del contrato en los siguientes informes de supervisión.

EL CONTRATISTA HA DADO CUMPLIMIENTO AL SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO BAJO LOS TÉRMINOS DEL DECRETO 1072 DE 2015 (REGLAMENTARIO SECTOR TRABAJO) Y LA RESOLUCIÓN 0312 DEL 13 DE FEBRERO DE 2019 (ESTÁNDARES MÍNIMOS DE SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO), Y DEMÁS NORMAS COMPLEMENTARIAS O MODIFICATORIAS).

UNA VEZ SE REvisa ESTA OBLIGACIÓN, NO APLICA PARA EL PRESENTE PROCESO, POR SER PERSONA NATURAL QUE NO TIENE PERSONAL LABORANDO BAJO SU CARGO Y SE EVIDENCIÓ EN EL ACTA DE INICIO LA AFILIACIÓN A LA ARL Y EN CADA PAGO MENSUAL.

NOMBRE SUPERVISOR: T2. VÉLEZ CHRISTIAN ANDRÉS

FIRMA:



C.C. No.

14.700.858

DEPENDENCIA:

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 1882

NOTA: El presente formato deberá ser diligenciado, en su totalidad de forma obligatoria.

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	CÓDIGO:	DE-DEAJU-FR-027
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL	VERSIÓN N°:	02
		VIGENCIA:	27/09/2022

LISTA DE CHEQUEO SUPERVISIÓN CONTRATOS ESTATALES

ASPECTOS GENERALES IMPORTANTES A TENER EN CUENTA:

- Al supervisor le corresponde la coordinación, vigilancia y control de la ejecución del objeto contratado, para garantizar que las obligaciones contractuales se cumplan
- El supervisor debe revisar los documentos y antecedentes del contrato a suscribir, los derechos y obligaciones de las partes.
- La presente lista de chequeo es una **GUIA** para el cumplimiento de la supervisión del contrato con los controles mínimos que debe realizar el personal de supervisor. Por lo anterior, se deberá tener en cuenta las funciones asignadas en la Resolución de designación como supervisor y la normatividad contractual vigente.

ITEM	SEGUIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Acto administrativo designación supervisor de contrato	X		
2	Documentos soporte perfeccionamiento y ejecución del contrato (Contrato, CRP, Garantías contractuales y su aprobación)	X		
3	Lectura y revisión de la minuta del contrato, especificaciones técnicas, otros...	X		
4	Verificar y aprobar la existencia de las condiciones técnicas para iniciar la ejecución del contrato (por ejemplo, revisión hojas de vida del personal que ejecutará el contrato según lo estipulado, planos, diseños, licencias, cronogramas, estudios, cálculos; si aplica)	X		
5	Acta de inicio firmada por las dos partes, la cual deberá ser anexada al expediente contractual; si aplica	X		
6	Verificar el cumplimiento de las obligaciones del contratista en materia de seguridad social y parafiscales (si aplica), salud ocupacional, planes de contingencia, normas ambientales y cualquier otro requisito aplicable según la naturaleza del contrato	X		
7	Evidencias de ejecución de las actividades contratadas según especificaciones y anexos técnicos	X		Se realizó seguimiento por parte del personal de Jefes de Enfermería y acompañamiento de las actividades estipuladas en los Servicios de Consulta Prioritaria.
8	Instrucciones al contratista por escrito (evidencias) de acuerdo a lo establecido en el contrato y sus especificaciones técnicas		X	
9	Verificar que el contratista suministre y mantenga el personal y/o equipo ofrecido con las condiciones e idoneidad pactadas inicialmente y exigir su reemplazo en condiciones equivalentes cuando fuese necesario	X		
10	Informes de supervisión de acuerdo a la periodicidad que se establece según la naturaleza del contrato y de	X		

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	CÓDIGO:	DE-DEAJU-FR-027
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL	VERSIÓN N°:	02
		VIGENCIA:	27/09/2022

	acuerdo a lo establecido en la Resolución de nombramiento como supervisor			
11	Informes oportunos sobre incumplimiento del contrato o novedades presentadas en la ejecución del mismo		X	No se ha tenido que reportar ningún incumplimiento a la fecha.
12	Acta de liquidación del contrato o constancia de no liquidación, según corresponda		X	No Aplica



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Báez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Baquero	NOMBRES Paola Andrea
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1032493823	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 06 MES 10 AÑO 1997 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 22 1 64 apto 304 torre 1 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO MADRID TELÉFONO 0000000 EMAIL pbaezbaquero@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 OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2014

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		ENFERMERIA	08	2016	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECÍFIQUE 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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA COLSANITAS - CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 5948650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
	Día	18	Mes	03	Año	2019		Día	16	Mes	12	Año	2022				
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 23 - 66 46									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD asalud asesores				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 2562500			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
	Día	13	Mes	11	Año	2017		Día	17	Mes	12	Año	2017				
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR CALL CENTER			DEPENDENCIA ASESOR CALL CENTER					DIRECCIÓN CALLE 96 - 13A 03									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD cafam				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 6468000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
	Día	14	Mes	04	Año	2016		Día	20	Mes	09	Año	2017				
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURA DOR Y ASISTENTE ADMINI			DEPENDENCIA FACTUARACION					DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 68 - 90 88									

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	3

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES

Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

PERSONA NATURAL

(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

DIRECCION GENERAL DE
SANIDAD MILITAR 1

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Paola Andrea Báez Baquero

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1032493823

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO:

CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: MADRID

DIRECCIÓN: CALLE 22 1 64 apto 304 torre 1

TELÉFONO: 3143137481 / 0000000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
blanca lilia baquero baquero	21061158	MADRE
diego andres baez baquero	1032940635	HERMANO(A)
alvaro baez peña	79373051	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 POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	\$1.200.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$1.200.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
davivienda	CUENTA DE AHORROS	496570001974	bogota	1.136

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
davivienda	tarjeta credito	10.000.000
icetex	credito estudiantil	7.000.000

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

C.C.

C.E.

T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

_____	_____
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAOLA	ANDREA	BAEZ	BAQUERO

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="1032493823"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="BOGOTA"/>	Municipio <input type="text" value="BOGOTA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="CUNDINAMARCA"/>	Municipio <input type="text" value="MADRID"/>	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="BOGOTA"/>	Municipio <input type="text" value="BOGOTA"/>	

Dirección Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$2.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$1.800.000,00
Gastos de representación	\$800.000,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$4.600.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
0	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	MADRID	\$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMOS BANCO	\$7.000.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☐ No ☒

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☐

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☒

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí ☐ No ☒

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1032493823
Nombres y Apellidos: PAOLA ANDREA BAEZ BAQUERO
Fecha de nacimiento: 06/10/1997

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis	09/06/2015	Avaxim 160	AHAVB652AM	IPS VACUNAR COLOMBIA
	Segunda dosis	30/03/2016	Avaxim 160	K0240-4 jun-16	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM FLORESTA
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	02/03/2015	Engerix B Adultos	1434019	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Segunda dosis	10/04/2015	Engerix B Adultos	1434019	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Tercera dosis	12/05/2015	Engerix B Adultos	AHBV408AM	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO

Datos del Vacunado

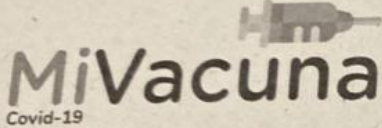
Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1032493823
Nombres y Apellidos: PAOLA ANDREA BAEZ BAQUERO
Fecha de nacimiento: 06/10/1997

Hepatitis B	Refuerzo	30/03/2016	Hepavax Gene	1434021,01 may-18	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM FLORESTA
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Primera dosis	08/01/2008	Tetavax		CLINICA COLSANITAS CLINISANITAS LA SOLEDAD
	Segunda dosis	26/07/2011	Tetavax		UAP SANITAS SUBA
	Tercera dosis	06/02/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	013N3001	UAP SANITAS SUBA
	Cuarta dosis	25/02/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2273	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM FLORESTA
	Quinta dosis	07/04/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	D2288	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM GRANADA HILLS
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1032493823
Nombres y Apellidos: PAOLA ANDREA BAEZ BAQUERO
Fecha de nacimiento: 06/10/1997

Triple viral	Primera dosis	14/09/2005			CLINICA COLSANITAS CLINISANITAS LA SOLEDAD
	Primera dosis	02/03/2015	Trimovax Merieux	K5364	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	02/03/2015	Vaccine	S101339	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Segunda dosis	10/04/2015	Vaccine	s101339	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis	08/05/2013	Gardasil	H020044	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SUBA
	Segunda dosis	05/11/2013	Gardasil	j004440	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SUBA



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud



MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Paola

Apellidos: Baez Baquerio

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. 1032493823

Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 10 Año 1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	13/04/21	Pfizer	EP9449	CUC	Angela Mamiez Entomera Sete	52.211.006
	2	17-12-21	Aztlazeneca	NN0224	CUC	Nidia Esperanza Tolosa Entomera Sete	52.450.406

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Paola Andrea

Apellidos:

Baez Bayleuro

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐

No. 1.032.493.823

Fecha de
nacimiento:

Día 00 Mes 10 Año 1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Unica	07 FEB 2023	Sanitel	Enfermera Adriana López
Fiebre Amarilla	Unica	07 FEB 2023	Sanitel	Enfermera Adriana López
Toxoides Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	08-02-23	USOZZZ010	Natalia - CAMAN
Otras				