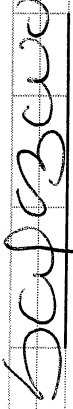
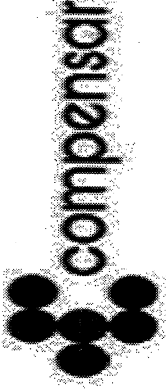
		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión 1	Fecha de aprobación 09/12/2016	Código: 15-02-FO-0002	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		RICHARD ALEXIS DELGADO AGUIRRE								
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1024588520			
CORREO ELECTRONICO:		richardalexisdel@gmail.com			CELULAR:		3058927362			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: F009 CADE										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PIC		SEDE:		Fontibon				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		K32	100%							
ENTIDAD FINANCIERA:		AVILLAS		TIPO DE CUENTA:		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				92892079		PENSIONADO		NO		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		6108 - 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 de 2				
NUMERO DE CDP		1839	FECHA	14/11/2018	NÚMERO DE CRP	FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios de apoyo 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
				19	11	2018		30	11	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						\$645.358				
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:		\$2.258.753								
VALOR EJECUTADO		\$645.358								
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$645.358								
VALOR A LIBERAR		\$0								
SALDO POR EJECUTAR		\$1.613.395								
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN		29%								
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES				
	\$781.242,00	\$ 97.700	\$ 125.000	3	\$ 19.100	\$241.800				
Dado en Bogotá en el mes de noviembre del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,										
										
SMITH EDITH LOZANO GUEVARA		RICHARD ALEXIS DELGADO AGUIRRE								
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:		NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA								

 Gobierno de Boyacá 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 Fecha de aprobación: 03/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Ubicación del Servicio: VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA					
No. DE CONTRATO:	6108-2018	Periodo certificado desde el			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RICHARD ALEXIS DELGADO AGUIRRE				
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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 ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS
Ingreso de información y digitación, organización y depuración de base de datos asignadas con calidad y oportunidad para revisión del referente del subistema	SI		Digitación en la base de secretaría de 130 casos para SISVESO. Revisión de fichas ya digitadas previamente en aplicativo. Digitación de 70 casos de SIVISTRA en base de excel. Precritica de 200 casos en lapiz sobre cada ficha.		Bases depuradas y Enviadas, Actas Entrega de casos a profesionales, digitación de formatos al aplicativo de secretaría, actualización de formatos en la bases de Acces y implementación de SIVim, Sisvecos
Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad	SI		Se realiza precritica de la información enviada por las upgd, se entregan los productos digitados semanal mente. Se ingresa a la base de Excel, organiza casos por localidad para asignar por UPZ a cada psicólogo. Para Sisveso y SIVISTRA.		Bases de datos digitadas y formatos entregados asignados y entregados. Casos
Mantener actualizada la base de datos del subistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud) generando respaldo del sistema de información al que pertenece (backup) semanalmente	SI		Se mantiene actualizada la base del subistema con su respectiva validación de datos en comprobador de derechos y verificación de direcciones con georeferenciación.		Bases depuradas y Enviadas
Envío oportuno de la información (Bases de datos) del subistema asignado según tiempos estipulados por el lineamientos con criterios de calidad y veracidad	SI		Mantenimiento del aplicativo, ingresos de casos a SIVIGILA D.C. web		Se ingresan casos al aplicativo.
Generar tableros de control de la base asignada	SI		Se realiza tablero de control de los soportes entregados por los profesionales según la meta asignada, Apoyo con la información digitada para realización de tableros de control. Manejo de tableros internos para control de rotificación y digitación de la base interna que se envía cuando es requerida la información. Tableros de control de la notificación por UPGS		Tablero de control Base interna que se manejan diariamente en excel y en el libro físico los caso foraneos, controles y falidos; envío tableros de control del volumen de la notificación por upgd
Mantener en correcto funcionamiento software y aplicaciones de las bases asignadas de acuerdo a requerimientos de SDS	SI		Se realizó un manejo adecuado de los aplicativos: comprobador de derechos y geocodificador de direcciones, aplicativo sisvén Se informa oportunamente cualquier novedad que se presente en el aplicativo al líder del proceso y a SDS		Se informa a la líder
Realizar asesoría y asistencia técnica a UPGD y UI frente a las bases asignadas cuando se requiera.	SI		No se programa para este mes		No aplica
Gestión del archivo documental basados en las normas de gestión documental establecidas por la institución apoyado por el técnico administrativo	SI		Organización del archivo según las normas técnicas y la tabla de retención documental, registro de información de las notificaciones en el aplicativo SISVESO Y SIVISTRA.		Archivo según gestión documental
Apoyar en la elaboración de informes e indicadores de las bases de datos de su competencia conforme a criterios de calidad	SI		Organización de casos de foraneos por localidad y fallidas las cuales reportan		Se envía por correo
Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comité, COMES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida.	SI		Conversatorio Viernes 23 y 30 de Noviembre/2018.		Acta de entrega.
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$645.358 SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL TRECENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE					
 CONTRATISTA: Richard Alexis Delgado Aguirre		 Fecha : ddmm/aaaa 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) **RICHARD ALEXIS DELGADO AGUIRRE** identificado(a) con cedula ciudadanía 1.024.588.520 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20181113	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED SUR OCCIDENTE

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.

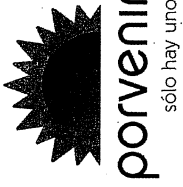
Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10558886

CER-AFI





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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **RICHARD ALEXIS DELGADO AGUIRRE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,024,588,520**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

Medellín, 14 de diciembre de 2018



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

CERTIFICA:

Que RICHARD ALEXIS DELGADO AGUIRRE identificado(a) con cédula de ciudadanía: 1024588520 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 21/11/2018

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIOLOGICOS 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 SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIOLOGICOS 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 SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIOLOGICOS 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 Suray la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10245885201834846616

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:

14/12/2018 12:56 PM

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 14-díc-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DELGADO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AGUIRRE		NOMBRES RICHARD ALEXIS	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SEXO	NACIONALIDAD
C.C.	☒ C.E.	☐ PAS	No. 1024588520	F ☐ M ☒	COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☒		NUMERO 1024588520 D.M 052	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO					
FECHA	DIA 12	MES MAR	ANO 1998	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 63A 76B 17 SUR	
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia
DEPTO	Bogotá D.C.			DEPTO	Bogotá D.C.
CIUDAD	Bogotá D.C.			CIUDAD	Bogotá D.C.
				TELEFONO	3058927362
				EMAIL	richardalexisdal@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	DICIEMBRE	AÑO	2014

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).

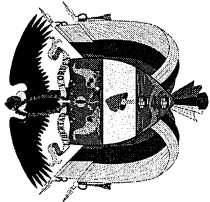
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS		GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
	SI	NO	SI	NO		MES	AÑO	
TC		2	X		Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar Admin	11	2016	
TC		4	X		TÉCNICO EN SISTEMAS	11	2014	

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
Inglés		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.



Última Actualización: 14-dic-2018

3

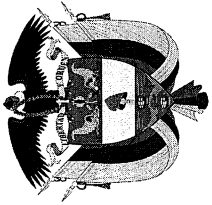
EXPERIENCIA LABORAL

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 SUR OCCIDENTE		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
4860033	DÍA 19 MES 11 AÑO 2018	DÍA	MES	AÑO		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
TÉCNICO EN SISTEMAS	SALUD MENTAL			SEDE BOSTON		

EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
MELITTA NATURALES SAS			X	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3144210566	DÍA 20 MES 11 AÑO 2017	DÍA	MES	AÑO		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
TÉCNICO EN SISTEMAS	TECNOLOGÍA			DG 45B 53A 53 SUR		

EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
INTERCONTACT CENTER			X	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
7450408	DÍA 20 MES 6 AÑO 2017	DÍA	MES	AÑO		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
ASESOR CALLCENTER	SOPORTE TECNICO			CL 63 24 80		



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: 14-dic-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			
CONECTAR TV S.A.S.				X		Colombia			
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
Bogotá D.C.		Bogotá D.C.							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
3102680721		DÍA 26 MES 5 AÑO 2016		DÍA 26 MES 11 AÑO 2016					
CARGO O CONTRATO		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN					
AUXILIAR ADMINISTRATIVO		REDES MOVILES		KR 82 78 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	0	0
PRIVADO	1	9
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

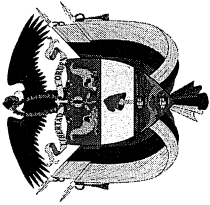
MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTICULO 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



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.



SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 14-dic-2018

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Bogotá D.C. 14/12/2018
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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.



Última Actualización: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, RICHARD ALEXIS DELGADO AGUIRRE

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1024588520 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CL 63A 76B 17 SUR

Teléfonos 3058927362 3058927362

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARY LUZ AGUIRRE BUSTOS	23800113	MADRE
WAGNER DELGADO TELLEZ	91216243	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 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	\$ 5.300.000,00
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	\$ 5.300.000,00

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
BANCO AVVILLAS	AHORROS	092892079	UNICENTRO	\$ 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
-------------------	----------	-------



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.



Última Actualización: 14-dic-2018

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO		NÚMERO DOCUMENTO
	C.C.O	C.E.O	T.I.O

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

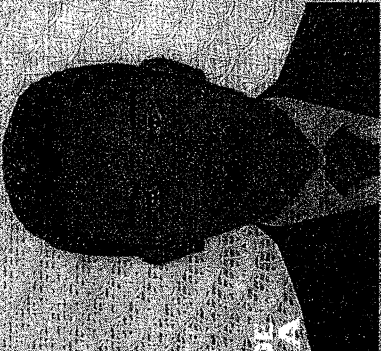
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.588.520

APELLIDOS
DELGADO AGUIRRE

NOMBRES
RICHARD ALEXIS

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 12 MAR-1998

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

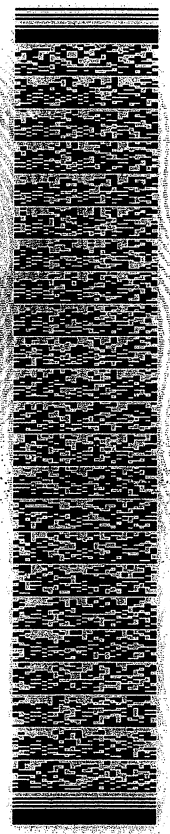
1.68 ESTATURA G.S. RH B- SEXO M

14-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00811732-M-1024588520-20160408 0049236845A 1 46402142

COPIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL