Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-07-01	**Hasta:**	2024-07-15	
Nombre del Contratista:	ENRIQUE ALFREDO POLO MONTAÑO		**Número de Documento:**	1065806562	
Correo Electrónico:	enrique32_35@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3233965566	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4315-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	609
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$5092296	93%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5092296**	**CINCO MILLONES NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEISPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-03-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-03-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-03-01	2024-05-31	1	$ 14196704	873
2	2024-06-01	2024-07-15	2	$ 10647528	1425
3	2024-07-01	2024-07-15	3	$ 1114904	1833

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MARZO	$ 4880117
2	ABRIL	$ 7098352
3	MAYO	$ 7098352

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	JUNIO	$ 8139958

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7098352	**$ 33057488**	**$ 27216779**	**$ 5840709**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Apoyar y atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación	-Atención de pacientes con ética, valores y principios adheridos al manual de buen gobierno institucional	Registros clinicos , Historias clinicas
2	Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	--Registros de pacientes y demás actividades que sean necesarias para la operación del programa (registros de HC, desestimientos, formulación, control de atención de pacientes	-Registros completos para el proceso de facturación, para seguimiento y trazabilidad en las atenciones
3	Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	-caer entergea de manera inmediata posterior a la atención de los registros clínicos (antes de 24 horas) para realizar el proceso de facturación	-Registros clinicos completos
4	Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora	-Participar en las actvidades que se desarrollan para la adecuada operación del programa	-Actas de asistencia
5	Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas	-Realizar la notificación de incidentes o eventos adversos que se presenten en el proceso de atención 0 incidentes en el proceso de la operación del programa de APH	--Notificaciones realizadas
6	Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital).	-Revisar registros clinicos, y soportes clinicos necesarios para participar en analisis de caso o actividades de investigacion en representacion del procedimiento de APHo Direccion de Urgencias	--Historias clinicas
7	Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	--Establecer adherencia al proceso para la atención de pacientes desde la regulación por secretaría, manejo de pacientes y destino de los mismos de acuerdo a sus condiciones	-Historias clinicas
8	Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	-Diligenciamar de manera completa los registros clínicos	-Registros clinicos completos
9	Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento	-Velar por su seguridad, conservación y cuidado de los equipos biomedicos desde el manejo del mismo como su custodia	-actas de asistencia
10	Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente	-Realizar seguimiento de los pacientes a fin de optimizar la operación de los móviles	-lista de asistencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad	-Brindar una atención humanizada, con privacidad, con información adecuada para el paciente y su familia	-Historias clinicas
12	Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y- Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente	-Emitir conceptos médicos dentro de la pertinencia y coherencia clínica	-Historias clinicas
13	Registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar	-Adherirse al manual de Acreditación institucional	-actas de capacitacion soportes de adherencia
14	Realizar Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida.	-Cuidar y realizar custodia de los elementos entregados para su cuidado y operación	-acta de entrega de insumos
15	Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.	-Brindar una atención humanizada, con privacidad, con información adecuada para el paciente y su familia	-Historias clinicas
16	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Historias clinicas	-acta de entrega de insumos

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 8139958
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	30440552	-		
2024	**JUNIO**	**2024**	**07**	**12**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**OCHO MILLONES CIENTOTREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHOPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 3255983	$ 520957	**$ 521000**
Salud		SALUD TOTAL		$ 406998	**$ 407000**
ARL	3	SURA		$ 79316	**$ 79400**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 944951**	**$ 1007400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO FALABELLA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	114170000582

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ENRIQUE ALFREDO POLO MONTAÑO	2024-07-25 15:31:20
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-07-26 12:20:20
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-07-26 12:35:45

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1065806562	0	ENRIQUE ALFREDO POLO MONTAÑO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	**DIRECCIÓN**		**TELÉFONO**			**EMAIL**		**EXENTO DE PARAFISCALES**
11-1	CLL 72 A 75 43		3233965566			ENRIQUE32_35@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-07	2024-07	30440572	I	2024-07-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	630.400	0	BANCO FALABELLA S.A.
Nº AFILIADOS	**REF. DE PAGO (PIN)**	**FECHA LÍMITE PAGO**	**ESTADO PLANILLA**							
1	30440572	2024-08-15	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1065806562	POLO MONTAÑO ENRIQUE ALFREDO	1.952.047										X							0			30	30	0	30	PROTECCION -230201	2.037.000	326.000	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	2.037.000	254.700	SIN CCF-SINCCF	0	0	2.037.000	49.700	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	630.400	N	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1065806562	0	ENRIQUE ALFREDO POLO MONTAÑO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	**DIRECCIÓN**		**TELÉFONO**			**EMAIL**		**EXENTO DE PARAFISCALES**
11-1	CLL 72 A 75 43		3233965566			ENRIQUE32_35@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-07	2024-07	30440572	I	2024-07-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	630.400	0	BANCO FALABELLA S.A.
Nº AFILIADOS	**REF. DE PAGO (PIN)**	**FECHA LÍMITE PAGO**	**ESTADO PLANILLA**							
1	30440572	2024-08-15	Pagada							

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.037.000	2.037.000	2.037.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	326.000	0	0	0	326.000
PROTECCION	230201	800229739	0	1	326.000	0	0	0	326.000
EPS(Administradoras: 1)				1	254.700	0	0	0	254.700
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	254.700	0	0	0	254.700
ARP(Administradoras: 1)				1	49.700	0	0	0	49.700
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	49.700	0	0	0	49.700
Gran Total					630.400	0	0	0	630.400

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1065806562	0	ENRIQUE ALFREDO POLO MONTAÑO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CLL 72 A 75 43	3233965566	ENRIQUE32_35@HOTMAIL.COM	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-06	2024-06	30440552	I	2024-07-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.007.400	0	BANCO FALABELLA S.A.

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
1	30440552	2024-07-15	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1065806562	POLO MONTAÑO ENRIQUE ALFREDO	1.952.047										X							0			30	30	0	30	PROTECCION -230201	3.256.000	521.000	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	3.256.000	407.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	3.256.000	79.400	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	1.007.400	N	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1065806562	0	ENRIQUE ALFREDO POLO MONTAÑO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CLL 72 A 75 43	3233965566	ENRIQUE32_35@HOTMAIL.COM	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-06	2024-06	30440552	I	2024-07-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.007.400	0	BANCO FALABELLA S.A.

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
1	30440552	2024-07-15	Pagada

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
3.256.000	3.256.000	3.256.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	521.000	0	0	0	521.000
PROTECCION	230201	800229739	0	1	521.000	0	0	0	521.000
EPS(Administradoras: 1)				1	407.000	0	0	0	407.000
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	407.000	0	0	0	407.000
ARP(Administradoras: 1)				1	79.400	0	0	0	79.400
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	79.400	0	0	0	79.400
Gran Total					1.007.400	0	0	0	1.007.400

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evalua

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	ARL SURA 1065806562 CTO 4315-2024.pdf	ARL SURA 1065806562 CTO 4315-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO CTO 4315-2024.pdf	CUENTA COBRO CTO 4315-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4315-2024 CTA ABRIL.pdf	4315-2024 CTA ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA MAYO 4315-2024.pdf	CTA MAYO 4315-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4315-2024-CTA JUNIO.pdf	4315-2024-CTA JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-jul-2024

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ENRIQUE ALFREDO POLO MONTAÑO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1065806562 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CL 72 A 75 43 **Teléfonos** 3233965566 9347496

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	$ 70.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 70.000.000,00

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 Falabella	Cuenta de ahorros	114170000582	NORTE	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

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 Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-jul-2024

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 C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	NÚMERO DOCUMENTO

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 electrónica:
ENRIQUE ALFREDO POLO MONTAÑO 24/07/2024 08:59:57

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 24-jul-2024

CIUDAD Y FECHA

Documento electrónico: 3ccf7ee03baa5d320b5ad5eb63c42d003947d0ca5fe1a9aa35791e7e956968b4

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente