

Sideap x +

sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/hojaDeVida/presentarHojaDeVida.xhtml

Verifica que eres tú

Contratos Vigentes | Directorio | Encuesta de satisfacción | Canal SIDEAP | Analítica de datos | Centro de documentación | Formulario de soporte | ONNER FINO

Presentación de hoja de vida

Una vez actualizada su hoja de vida, usted seleccionará la entidad a la cual va a presentar, el tipo de vinculación que tiene o tendrá y el causal de la presentación: Actualización de datos o nueva vinculación, con lo cual se autoriza a la entidad a verificar los datos aquí consignados.

[+ Agregar entidad](#)

Lista Entidades

10

Id presentación	Nombre entidad	Fecha presentación	Presentar como	Motivo de presentación	Estado	Observaciones	Volver a presentar	Editar presentación	Ver hoja de vida validada	Eliminar
1567079	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	19/06/2025	Contratista	Actualización de datos	Enviada a entidad					
1447198	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	12/12/2024	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					

2 mm de lluvia Lun 10:03 p. m. 19/06/2025

Sideap x +

sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/bienesYRentas/imprimir.xhtml?cid=3

Verifica que eres tú

Directorio | Encuesta de satisfacción | Canal SIDEAP | Analítica de datos | Centro de documentación | Manual de usuario Bienes y Rentas | Formulario de soporte | ONNER FINO

Contratos Vigentes

Declaración juramentada electrónica, por lo que deberá ingresar nuevamente y finalizar el proceso.

bienesYRentas_1750388874079_80370327.pdf 1 / 2 100%

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 E.S.E.

Sideap
Última Actualización: 19-Jun-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ONNER ARMANDO FINO REYES
IDENTIFICADO CON C.C. C.E. T.J. No. 80370327 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección CL 71 A SUR 14 33 Teléfonos 3194688962 7684896

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA LEONOR REYES GUERRERO	24132898	Madre
ANNY KRYSAL FINO RAMIREZ	1140922005	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º DE LA CONSTITUCIÓN

12°C Nublado 10:08 p. m. 19/06/2025

Sideap

sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/bienesYRentas/imprimir.xhtml?cid=3

Directorio Encuesta de satisfacción Canal SIDEAP Analítica de datos Centro de documentación Manual de usuario Bienes y Rentas Formulario de soporte ONNER FINO Contratos Vigentes

C.C.O. C.E.O. T.L.O.

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 electrónica:
ONNER ARMANDO FINO REYES 19/06/2025 22:07:54

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA _____ **BOGOTÁ D.C. 19-jun-2025**
CIUDAD Y FECHA

Sideap. Todos los derechos reservados

12°C Nublado 19/06/2025

Sideap

sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/conflictoIntereses/declaracionGeneral/gestionDeclaracion/imprimirDeclaracion.xhtml?cid=4

Contratos Vigentes Directorio Encuesta de satisfacción Canal SIDEAP Analítica de datos Centro de documentación Formulario de soporte ONNER FINO

+ Generar PDF

conflictoInteresesGeneral_1750389024825_8... 1 / 24 100% +

BOGOTÁ Sideap

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ONNER ARMANDO FINO REYES
Identificación:	80370327
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	onner.a@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	19/06/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar

12°C Nublado 19/06/2025

Sideap

sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/hojaDeVida/imprimir.xhtml

Contratos Vigentes | Directorio | Encuesta de satisfacción | Canal SIDEAP | Análisis de datos | Centro de documentación | Formulario de soporte | ONNER FINO

hojaDeVida_1750388649446_80370327.pdf

1 / 3 | 100% | [Iconos de navegación]



**FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA**
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FINO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) REYES	NOMBRES ONNER ARMANDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No: 80370327		SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NUMERO 80370327	D.M. 55
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DIA 7 MES NOV AÑO 1989		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 71 A SUR 14 33	
PAIS Colombia	PAIS Colombia	DEPTO. Bogotá D.C.	
DEPTO. Cundinamarca	CIUDAD Bogotá D.C.	TELEFONO 7884896	
CIUDAD Fusagasugá	EMAIL onner.ar@hotmail.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 1o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA	TÍTULO	BACHILLER COMERCIAL
------------------	--------	---------------------

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



- 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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Identificación 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

Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> ARL SURA 80370327 CTO 4986-2025.pdf	ARL SURA 80370327 CTO 4986-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO. CTA COBRO FEBRERO ONNER FINO.pdf	CTO. CTA COBRO FEBRERO ONNER FINO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO4986.CTA MARZO ONNER FINO.pdf	CTO4986.CTA MARZO ONNER FINO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO.4986 CTA COBRO ABRIL ONNER FINO.pdf	CTO.4986 CTA COBRO ABRIL ONNER FINO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO.4986.CTA COBRO MAYO SOPORTES ONNER FINO.pdf	CTO.4986.CTA COBRO MAYO SOPORTES ONNER FINO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO.4986.CTA COBRO JUNIO ONNER FINO.pdf	CTO.4986.CTA COBRO JUNIO ONNER FINO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



ONNER ARMANDO FINO REYES ▾



Aplicativo por la
Integridad pública



Inicio



Bienvenido



Declaración de Ley
2013 de 2019

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

OS: 9594321317 DV: 492151
Cliente: 113237 PLANILLAS AVAL Aportes en
Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi
Plan
Fecha: 11/07/2025 11:14:37
IP: 998832
Nombre: conner armando
Apellido 1: fino reyes
M PLANILLA: 8810229174
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE
CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 80370327
PERIODO: 202506
Referencia: 8810229174 Valor: \$441.700,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Para reclamaciones presente este
recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-07-01	Hasta:	2025-07-31
Nombre del Contratista:	ONNER ARMANDO FINO REYES		Número de Documento:	80370327
Correo Electrónico:	Onner.a@hotmail.com		Número Telefónico:	3194688962
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4986-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13803	\$2539752	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2539752	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-03-01			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-07-23
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-04-21		1	\$ 213984	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	\$ 3823431	1197
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	MARZO			\$ 2540680	
2	ABRIL			\$ 2539752	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	MAYO	\$ 2539752	
4	JUNIO	\$ 3229902	
5	JULIO	\$ 2539752	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 11892175	\$ 15929590	\$ 13389838	\$ 2539752
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones incluida COVID-19.	---brindar adecuadamente mente frente al procedimiento de la vacunación COVID-19 realizar el correcto diligenciamiento de los consentimientos informados si tachones, sin enmendaduras -	----diligencia miento de los formatos
2	Hacer el Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacunal (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas de la modalidad extramural.	--realizar el registro en las bases de datos siasur, pai distrital y pai web- - -	---bases de datos siasur, pai distrital y paiweb-
3	Hacer el Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa y/o barrido documentado de acuerdo con solicitud de MSPS para MRCV: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y encuesta de cobertura.	----realice observación de manera continua a los usuarios que han sido vacunados, con el fin de evidenciar posibles esavis, ya su vez activar el protocolo de urgencias si es necesario - -	----formato de eventos adversos no graves posteriores a la vacunación, totalmente diligenciado -formato de eventos adversos no graves posteriores a la vacunación, totalmente diligenciado
4	Hacer el Diligenciamiento adecuado táctica concentración (instituciones SDIS, SED, ICBF, lugares de alta concentración) del formato consolidado jardines y colegios.	-garantizar la vacunación a toda la población de acuerdo su rango de edad, su estado de salud, brindar educación frente al procedimiento de vacunación y brindar cuidados en salud según necesidad - -	----procedimientos de vacunación
5	Hacer el Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19, carné de vacunación niño/as, adultos.	--recopilación de las dosis administradas en el tablero de control de biológico, recopilación de las personas registradas en siasur, pai distrital, paiweb y carpetas organizadas con los consentimientos informados diligenciados -	---tablero control del biológico, bases de siasur, pai distrital, paiweb, consentimientos informados
6	Seguimiento y agendamiento telefónico a la población pendiente por vacunar, de acuerdo con la distribución de las bases de datos entregadas por profesional extramural.	----se debe realizar la entrega de los respectivos registros en las bases de datos a diario, también se debe entregar los consentimientos informados en una carpeta - -	----los documentos y registros quedan en custodia del coordinador de PAI.
7	Realizar Hacer el Diligenciamiento del control diario (dos veces al día) de temperatura en los refrigeradores que almacenen vacuna a cargo del equipo extramural.	---garantizar la vacunación de toda la población agendada y atento para la vacunación de acuerdo a la edad y dosis correspondientes	- ----proceso de verificación en el aplicativo

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Revisar y consolidar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS y localidad, validando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas.	---se debe tener comunicación directa con los jefes de cada punto para que resuelvan cualquier eventualidad. --	- ---llamadas telefónicas, correos electrónicos--
9	Registrar los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio e informar las novedades de manera inmediata.	----se realiza demanda inducida de todas las personas agendadas y registradas en sis -- --	--llamadas telefónicas-
10	Diligenciar y mantener actualizado los Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred.	-----asistir a las reuniones que realizan la SDS para fortalecer los conocimientos - ----	--observación del proceso de vacunación
11	Consolidar el control de fechas de vencimiento por fabricación o por ventanas de uso de los medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio y las IPS de la subred.	---realizar el procedimiento de vacunación de forma activa, adecuado, garantizar la atención humanizada - - -	-- -realizar el procedimiento de vacunación de forma activa, adecuado, garantizar la atención humanizada
12	Apoyar la solicitud de pedido de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del programa permanente y Covid-19.	--sistir a los espacios de capacitación, con el fin de fortalecer los procesos asignados con criterios de calidad, al fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidos en el plan de intervención colectiva. --	----actas y lista de asistencia-
13	Apoyar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS.	-N / A	N / A
14	Realizar las entregas (recepciones técnicas) y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, de las IPS públicas y privadas.	-N / A	-N / A
15	Realizar acompañamiento a la reunión de inducción y reinducción del talento humano y demás convocada por la SDS.16. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-N / A	-N / A

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	\$ 3229902
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	JUNIO	2025	07	11	1073315764	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS DOSPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud					FAMISANAR		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 440500

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870247337

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ONNER ARMANDO FINO REYES	2025-07-26 00:39:46
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-07-28 18:42:34
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-07-29 17:15:57

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.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD