

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                         |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                        |                          |                                                         |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                         |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          | Sebastian Torres                                        |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          | C.C                                                     | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1000694604 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                          | sebas.skb@gmail.com                                     |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3135381281 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                                         |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          | HOSPITALIZACION GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HOSPITAL BOSA |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo        | %                        |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | BO37103                | 100                      |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO CAJA SOCIAL S.A. |                          |                                                         |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          | 24141088154                                             |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                        | 2986                     |                                                         |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1621                   | FECHA                    | 2025-08-11 11:43:31.000                                 | NÚMERO DE CRP       | 36116                            | FECHA         | 2025-08-15 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        | CAMILLERO                |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          | DESDE                                                   | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                         | 2025-07-01          |                                  |               | 2025-07-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                                         | \$1,803,420         |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                        | Asistencial              |                                                         | RESERVA DE GLOSA 0% |                                  |               | N/A                                                                                 |            |
| 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. |                        |                          |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                        |                          |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                          |                                                         |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                                                         |                     |                                  | \$12,864,396  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                         |                     |                                  | \$11,722,230  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                                                         |                     |                                  | \$1,803,420   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                         |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          |                                                         |                     |                                  | \$1,142,166   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                                                         |                     |                                  | 91%           |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                        |                          |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION      | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC                                  | NIVEL ARL           | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 9487561427                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526              | \$113,566                | \$145,364                                               | 3                   | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                        |                          |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Luz Dary Castro Herran<br>52456529<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                             |                        |                          |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                        |                          |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                        |                          |                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                  | PRODUCTOS                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Prestar los servicios de camillero a los pacientes y usuarios del Hospital de Bosa IV Nivel E.S.E. aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector. | Prestar los servicios de CAMILLERO a los pacientes y usuarios del Hospital de Bosa IV nivel E.S.E. aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector. | supervisor jefe del servicio mes de JULIO.    |
| Recibir y entregar turno a las 07:00 a A 13:00 P.M. según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital.                                                                | realizar transporte de pacientes elementos insumos intrahospitalarios interinstitucionales de acuerdo a las normas establecidas por la institución llevando su respectivo registro                                                                           | PLANILLA HORARIOS MES DE JULIO.               |
| solicitar asesoria medica, enfermeria, necesaria para la realizacion de procedimientos requeridos durante el transporte a los pacientes                                                                                                                      | solicitar asesoria medica, enfermeria necesaria para la realizacion de procedimientos requeridos durante el transporte de pacientes.                                                                                                                         | ORDENES MEDICAS MES DE JULIO.                 |
| apoyar con la movilizacion de pacientes y actividades asignadas por el profesional de enfermeria de cada servicio bajo su supervision"                                                                                                                       | Apoyar con la movilizacion de pacientes y actividades asignadas por el profesional de enfermeria de cada servicio bajo su supervisión                                                                                                                        | HISTORIAS CLINICAS MES DE JULIO.              |
| recoger y llevar formulas e insumos de farmacia a los diferentes servicios y vicerversa                                                                                                                                                                      | recoger y llevar formulas e insumos de farmacia a los diferentes servicios y vicerversa                                                                                                                                                                      | ORDENES E INSUMOS MES DE JULIO.               |
| apoyar a los otros servicios que lo soliciten                                                                                                                                                                                                                | apoyar a los otros servicios que lo soliciten                                                                                                                                                                                                                | ORDENES E INSUMOS MES DE JULIO.               |
| cumplir con las actividades dirigidas a identificar, controlar, reducir los factores de riesgos biologicos del ambiente y de salud que se puedan producir como consecuencia del manejo de los residuos hospitalarios, bioseguridad y seguridad del paciente" | cumplir con las actividades dirigidas a identificar, controlar, reducir los factores de riesgos biologicos del ambiente y de salud que se puedan producir como consecuencia del manejo de los residuos hospitalarios, bioseguridad y seguridad del paciente  | supervisor jefe del servicio mes de JULIO.    |
| Colaborar con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas                                                                                                                                                           | Colaborar con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas                                                                                                                                                           | " supervisor jefe del servicio mes de JULIO." |
| Cumplir con las órdenes médicas y educar al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir.                                                                                                                                 | Cumplir con las órdenes médicas y educar al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir.                                                                                                                                 | supervisor jefe del servicio mes de JULIO.    |
| transportar los cadaveres al cuarto transitorio de cadaveres aplicando el procedimiento establecido para tal fin."                                                                                                                                           | transportar los cadaveres al cuarto transitorio de cadaveres aplicando el procedimiento establecido para tal fin.                                                                                                                                            | " supervisor jefe del servicio mes de JULIO." |

Luz Dary Castro Herran  
52456529  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |       |           |          |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------|-----------|----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago  |           |          |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco | Dias Mora | Valor    |
| 2025-06                           | 2025-06 | 1660322903 | 9487561427 | I        | 2025/07/02 | 2025/07/29 | NEQUI | 27        | \$448,00 |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                |                 |                    |                     |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                   | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1000694604                 |    | TORRES CRESPO SEBASTIAN ALEXIS | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL 84 SUR #14 C-51 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3135381281 | No                    |

| RESUMEN DE PAGO |        |     |    |           |                 |                |                        |               |
|-----------------|--------|-----|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO          | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |

Medellín, 28 de julio de 2025

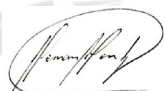
**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que SEBASTIAN ALEXIS TORRES TORRES identificado(a) con C1000694604 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10006946042520971456

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos



Administradora de los Recursos del Sistema  
General de Seguridad Social en Salud  
ADRES

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC                   | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| CC                  | 1000694604            | TORRES          | CRESPO           | SEBASTIAN     | ALEXIS         | 2025-05                   | CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | COTIZANTE       |
| CC                  | 1000694604            | TORRES          | CRESPO           | SEBASTIAN     | ALEXIS         | 2023-09                   | EPS SANITAS               | COTIZANTE       |

| EPS/EOC                   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------------------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 05/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 04/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 02/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 01/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 12/2024              | 20               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS               | 09/2023              | 8                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS               | 08/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS               | 07/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS               | 06/2023              | 28               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación \*\*” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

## FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 29-jul-2025

El futuro  
es de todosGobierno  
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SEBASTIAN ALEXIS TORRES CRESPO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1000694604 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CL 84 SUR 14 C 51

Teléfonos 3135381281 3135381281

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS              | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|----------------------------------|------------------------|------------|
| Angelica Constanza Torres Crespo | 52447661               | Madre      |

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                          | \$ 990.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00       |
| TOTAL                               | \$ 990.000,00 |

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 Caja Social  | Cuenta de ahorros | 4894451328476086    | Santa libradaa    | \$ 30.000,00       |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR            |
|--------------|-------------------------|------------------|
| Vehiculo     | CVB65G                  | \$ 11.000.000,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR   |
|-------------------|----------|---------|
|                   |          | \$ 0,00 |



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

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: 29-jul-2025

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. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> |                  |

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:  
SEBASTIAN ALEXIS TORRES CRESPO 29/07/2025 07:59:20  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 29-jul-2025  
CIUDAD Y FECHA

## FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

### DATOS PERSONALES

|                    |                                                             |
|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| Nombre:            | SEBASTIAN ALEXIS TORRES CRESPO                              |
| Identificación:    | 1000694604                                                  |
| Entidad:           | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
| Cargo:             |                                                             |
| Correo:            | sebas.skb@gmail.com                                         |
| Tipo declaración:  | Para actualizar durante el ejercicio del cargo              |
| Fecha Declaración: | 29/07/25                                                    |

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 esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante el ejercicio del cargo

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPOLOGIA XVIII                                 | 23. Responsables de la Evaluación de Desempeño                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| DESCRIPCIÓN                                     | Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad |
| NORMATIVIDAD                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Decreto Ley 760 de 2005, art. 38.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| INCURSO EN LA CAUSAL                            | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

**Advertencia:**

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiendo que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:

SEBASTIAN ALEXIS TORRES CRESPO 29/07/2025 07:59:58

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

NOMBRE: SEBASTIAN ALEXIS TORRES CRESPO

CC: 1000694604

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: 4fdc0ea07d5b84c74d26be9c9d040e43a613e0bed9cab838571773e406da8777

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

SURESOC-2025

Sebastian Torres

Dashboard

perfil

Datos Personales

Cuenta de Cobro

Soportes OPS

Certificaciones

Secop

OPS

Dinámica / Contraseña

Activar-Base Poblacional

Administrativo

Asistencial

Listado de Certificaciones enviados

Fecha Inicial:01/01/2025

Fecha Final:31/12/2025

Consultar

Presentados

Aprobados

Rechazados

Buscar:

Mostrar10registros

Mostrando registros del 1 al 7 de un total de 7 registros

Exportar a Excel

Agregar Certificacion

| DESCRIPCIÓN CONSTANCIA                             | ENTIDAD QUE EXPIDE | ESTADO     | FECHA DE VENCIMIENTO | DIAS VIGENCIA | Acciones    |
|----------------------------------------------------|--------------------|------------|----------------------|---------------|-------------|
| CURSO CAMILLERO                                    | GERSCOL            | Presentado | 2026-06-08           | 314           | <div></div> |
| CURSO PRIMEROS AUXILIOS                            | GERSCOL            | Presentado | 2026-06-08           | 314           | <div></div> |
| CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL   | GERSCOL            | Presentado | 2026-06-08           | 314           | <div></div> |
| CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO (RCP)                | GERSCOL            | Presentado | 2026-06-08           | 314           | <div></div> |
| CURSO DE USO Y MANEJO DEL DEA                      | GERSCOL            | Presentado | 2026-06-08           | 314           | <div></div> |
| ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES POR AGENTES QUIMICO | GERSCOL            | Presentado | 2026-06-08           | 314           | <div></div> |
| SIDEAP ACTUALIZADO CONFLICTO DE INTERESES Y BIENES | SIDEAP             | Presentado | 2031-07-31           | 2193          | <div></div> |

Primero

Anterior

1

Siguiente

Último

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

SEBASTIAN ALEXIS TORRES CRESPO

CC. 1'000.694.604 DE BOGOTA

La suma de \$ **1'803.420** por concepto de: HONORARIO DE **CAMILLERO DE HOSPITALIZACIÓN** en el hospital de Bosa durante el periodo de 1 al 31 de **JULIO** 2025. De conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud No. **2986-2025**.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. Torres Crespo', with a long horizontal stroke extending to the right.

SEBASTIAN ALEXIS TORRES CRESPO

C.C. 1'000.694.604 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO: 24141088154