

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-02-01	Hasta:	2026-02-28	
Nombre del Contratista:	HECTOR AUGUSTO SALAZAR RAMIREZ		Número de Documento:	79908554	
Correo Electrónico:	HECTORAUGUSTO@YAHOO.COM		Número Telefónico:	3133081830	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7800-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

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	29800	\$5483200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5483200	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-03		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-11-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-11-14	2026-01-09	1	\$ 5483200	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 16449600	3
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		OCTUBRE		\$ 5483200	
2		NOVIEMBRE		\$ 5483200	

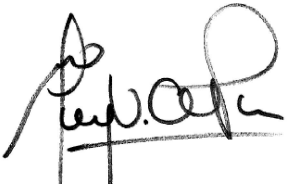
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	DICIEMBRE	\$ 5304400	
4	ENERO	\$ 5662000	
5	FEBRERO	\$ 5483200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 10966400		\$ 32899200	\$ 27416000
			\$ 5483200
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Implementar la(s) intervención(es) asignada(s) como Profesional Especializado 4 con criterios de calidad a fin Dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas, el plan de salud territorial y plan operativo institucional	-EN EL MARCO DEL MODELO MAS BIENESTAR, EN EL ENFOQUE DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA, SE REALIZAN LOS ANALISIS CORRESPONDIENTES A LOS INDICADORES TRAZADORES EN SALUD LOCAL E INSTITUCIONAL.	- INDICADORES TRAZADORES INFORME, PRESENTACION.
2	2. Realizar seguimiento a la calidad del dato en las bases asignadas	-DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL MODELO, SE ABORDA EL ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD, GENERANDO INFORMACION DE INTERES PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA SALUD PUBLICA EN LAS LOCALIDADES DE INFLUENCIA DE LA SUBRED SUR.	-BASES DE DATOS, DRIVE, BASES DE RIESGO RELATIVO Y ACUMULADO.
3	3. Verificar productos teniendo en cuenta las características de calidad, oportunidad y veracidad e informes según indicaciones técnicas impartidas.	-PARA LA SALUD TERRITORIAL DE LOS HABITANTES DE LA CAPITAL, EL CONOCIMIENTO DEL RIESGO INDIVIDUAL Y COLECTIVO, TENIENDO EN CUENTA EL MANEJO ENFOCADO AL BIENESTAR SOCIAL Y REDUCCION DE LA DISCAPACIDAD, SE BUSCA LA MITIGACION Y SEGUIMIENTO DE LAS POBLACIONES ESPECIFICAS COMO LAS DE ALTO COSTO.	-CUENTA DE ALTO COSTO RESOLUCION 1393 DE 2015 ARTRITIS REUMATOIDE CON DIFERENTES ASEGURAMIENTOS EN SALUD.
4	4. Realizar la revisión de los lineamientos técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención y Realizar apropiación de los mismos.	-SE REALIZA SEGUIMIENTO POBLACIONAL EN EL MARCO DEL MODELO MAS BIENESTAR Y EN RELACION A LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA SE REALIZA EL SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES PARA LA POBLACION ASIGNADA A LA SUBRED SUR CON DIFERENTES ASEGURAMIENTOS.	-ACTAS, INFORMES, INDICADORES CON ASEGURAMIENTO EN SALUD CON DIFERENTES ASEGURADORAS.
5	5. ValiDar la entrega del archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	-SE REALIZA DE MANERA CONTINUA DENTRO DEL MODELO MAS BIENESTAR Y LINEAMIENTOS DE LOS DIFERENTES ENTES DE CONTROL Y EAPBS.	-ACTAS, REUNIONES, INFORMES.
6	6. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-SE REALIZA DE MANERA CONTINUA DENTRO DEL MODELO MAS BIENESTAR, Y LOS MODELOS ESTABECIDOS POR LOS ENTES TERRITORIALES SDS Y EAPBS.	-ACTAS, REUNIONES, CORREOS.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Realizar alistamiento del equipo interdisciplinario incluye la apropiación y reflexión sobre fundamentación conceptual, metodológica y operativa de la acción integradora en articulación y coordinación con el equipo distrital que guíara la misma.	-EN PROCURA DE LA INTEGRIDAD DEL MODELO, DESDE SUS PROCESOS INTERSECTORIAL Y TRANSECTORIAL, EN EL ABORDAJE DEL RIESGO EN SALUD.	-REUNIONES TECNICAS DE EQUIPO, ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA.
8	8. Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y, o delegados apoyar la realización de jornadas, actividades y eventos de interés del área de salud pública de la Subred Sur cuando sea requerido.	-DENTRO DEL MARCO INTEGRADOR DE LO SECTORIAL E INTERSECTORIAL, EN LA GESTION DEL RIESGO EN SALUD, CON VISION CENTRADA EN LA PERSONA, SE GENERA MINERIA DE DATOS Y UNIFICACION DE INFORMACION PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION.	-BASES DE DATOS DE LAS EAPBS, RIPS, INFORMES, ACTAS, REUNIONES.
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-SE REALIZAN DE MANERA CONTINUA EN RELACION AL ANALISIS EPIDEMIOLOGICO INDIVIDUAL COLECTIVO Y POBLACIONAL, DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO MAS BIENESTAR.	-INFORMES, CORREOS, GESTION Y SOLICITUDES DE OTRAS AREAS.
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.		

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		\$ 5662000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1079515115	-			
2026	ENERO	2026	02	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 2264800	\$ 362368	\$ 362400
Salud					COMPENSAR			\$ 283100	\$ 283100
ARL					3	SURA		\$ 55171	\$ 55200
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 657290	\$ 700700
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	570006970500051	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						HECTOR AUGUSTO SALAZAR RAMIREZ		2026-02-23 08:44:05	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						HECTOR AUGUSTO SALAZAR RAMIREZ		2026-02-24 14:33:51	
ACEPTADO SUPERVISIÓN						LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2026-02-24 14:36:32	
ACEPTADO CONTRATACIÓN						MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-02-25 12:25:56	
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA						ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-03-11 12:37:59	

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.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD



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 SALAZAR	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMIREZ	NOMBRES HECTOR AUGUSTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79908554	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 79908554 D.M. PONAL		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES MAY AÑO 1977 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 72 F 116 B 84 TORRE 11 APTO 303 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3005544504 EMAIL hectoraugusto@yahoo.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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	1995

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 SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	4	X	ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA GENERAL	3 2012	
Universitaria	10	X	FISIOTERAPIA	6 2003	79908554

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA	FUNCION PUBLICA	2024	20
LENGUAJE CLARO PARA SEVIDORES Y	departamento nacional de planeacion	2023	35
CIENCIA TECNOLOGIA E INNOVACION AL	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	2021	24
Norma: sistematizar información de interés en salud	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	2015	24
JORNADA DISTRITAL DE PREVENCON Y	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2014	24
TALLER SOBRE REPUESTA A BROTES DE	secretaria de salud / OMS / OPS	2014	24
Plan de intervenciones colectivas pic	UNIVERSIDAD NACIONAL	2013	50
IAMI – IAFI	HOSPITAL ENGATIVA ESE	2006	18
Técnica de Mackenzie	ASCOFI	2002	8
Apoyo farmacológico en el tratamiento de fisioterapia	UNIVERSIDAD NACIONAL	2002	16
curso de actualización en fisioterapia dolor lumbo	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	2001	8
Manejo farmacológico en la hipertensión arterial y	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	2001	20
DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO	ASCOFI Y ASCOFAFI	2000	16
SEGUNDA JORNADA DE ACTUALIZACION EN	FUNDACION HOSPITAL LA MISERICORDIA	2000	10
MANEJO BASICO TRAUMA	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	2000	8
EVALUACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	2000	20
ANALISIS Y PROGRAMACION DE SISTEMAS	VBC CORPORATION	1999	495
HERMENEUTICA DE LA CULTURA DE LA SALUD	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	1998	8
II JORNADA DE ACTUALIZACION EN TERAPIAS	FUNDACION HOSPITAL LA MISERICORDIA	0200	10

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico COMENZANDO POR EL ACTUAL

Firma electronica validador: null

40455

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

Página 2 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subredsur@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 9 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO EPIDEMIOLOGO	DEPENDENCIA gobernanza	DIRECCIÓN cr 20 47 B 35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD WWW.KERALTY.COM	
TELÉFONOS 5948650	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 7 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 11 MES 7 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL EN SALUD PUBLICA	DEPENDENCIA EPIDEMIOLOGIA	DIRECCIÓN CL 23 66 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Chapinero	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD WWW.ESECHAPINERO.GOV.CO	
TELÉFONOS 6170237	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 3 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 8 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO EPIDEMIOLOGO	DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CL 66 15 41	

Firma electronica validador: null

40455

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

Página 3 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



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 hospital chapinero	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD RESPUESTAOPORTUNA@SOLUCIONES DE	
TELÉFONOS 7020292	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 10 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO EPIDEMIOLOGO	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN cr 20 c 72 a 14	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Engativá	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD juridica@hospitalengativa.gov.co	
TELÉFONOS 2913300	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA 6 MES 10 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN TV 100 A 80 A 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ENGATIVA SEGUNDO NIVEL ESE	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD promoviendo@hotmail.com	
TELÉFONOS 2913300	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 3 AÑO 2006		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 3 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	DEPENDENCIA APOYO Y DX TERAPEUTICO	DIRECCIÓN TV 100 A 80 A 50	

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



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 CLINICA DE ODONTOLOGIA Y REHABILITACION PRIMERO DE MAYO COR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD NOTIENE@GMAIL.COM	
TELÉFONOS 00000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2003		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 3 AÑO 2005
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPUETA	DEPENDENCIA TERAPIAS	DIRECCIÓN AV 1 DE MAYO 75 30	

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
Privada	3	1
Pública	15	5
Total	18	6

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



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, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null