Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULIE ANDREA GRIJALBA CASTILLO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.878.034 DE BOGOTA						
CORREO ELECTRONICO:	elisa290899@gmail.com				CELULAR:	301-6351608						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K27	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	2170075994								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0021 DE 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 11				
NÚMERO DE CDP	1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	36442	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., de acuerdo al requirimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2018		30	9	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$33.777.205
VALOR EJECUTADO	$24.565.240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9.211.965
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953.105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8483266178	$1.228.500,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

Dado en Bogotá en el mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JULIE ANDREA GRIJALBA CASTILLO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	PIC			Sede: FONTIBON - FO09						
No. DE CONTRATO:	0021 de 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULIE ANDREA GRIJALBA CASTILLO		**C. C.**		52.878.034		**DE**		BOGOTÁ

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., de acuerdo al requirimiento institucional

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ___ Servicios: SI _ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	12 Gestines, 2 Acompañamientos por salud física a la comunidad víctima del conflicto armado, que presente prioridades en salud, 4 reuniones de equipo y 1 fortalecimiento tecnico, 2 días administrativos, 13 apoyos a dialogos de saberes en salud,5 dias de asistencia diplimado MIAS en la USS Fontibon, 7 dias de actividades de apoyo administrativo a papsivi 1 informe mensual de enfermeria, 1 dia autocuidado.	Formatos PAP 012 enfermeria, PAP 040 derivaciones y formatos de activación de ruta, actas correspondientes , listados de asistencias a reuniones, listados y relatorias de dialogos de saberes.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE.	SI	12 Gestines, 2 Acompañamientos por salud física a la comunidad víctima del conflicto armado, que presente prioridades en salud, 4 reuniones de equipo y 1 fortalecimiento tecnico, 2 días administrativos, 13 apoyos a dialogos de saberes en salud,5 dias de asistencia diplimado MIAS en la USS Fontibon, 7 dias de actividades de apoyo administrativo a papsivi 1 informe mensual de enfermeria, 1 dia autocuidado.	Formatos PAP 012 enfermeria, PAP 040 derivaciones y formatos de activación de ruta, actas correspondientes , listados de asistencias a reuniones, listados y relatorias de dialogos de saberes.
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	SI	Se realiza focalizacion a poblacion victima del conflicto armado, por medio de los dialos de saberes en salud.	listados y relatorias de dialogos de saberes en salud y matriz de focalizacion.
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	SI	Se realiza seguimiento a derivaciones y gestiones para la mitigación de barreras de acceso en salud en las diferentes instituciones	Actas de gestiones.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	2 Acompañamientos, 12 Gestiones por profesional de salud física, Asistencia a reuniones de equipo semanal, conversatorios, y gestiones para mitigación de barreras de acceso en salud.	PAP 012 enfermeria, PAP 040 y activacion de rutas en salud, actas de Gestion, actas de asistencia a conversatorios y reuniones semanales
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	SI	Activaciones de ruta y derivaciones según la necesidad de la población víctima atendida durante las sesiones de salud física	PaP 012 enfermeria, PAP 040 y activacion de rutas en salud, actas de Gestion, actas de asistencia a conversatorios y reuniones semanales
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se brinda educación en derechos y deberes en salud durante las sesiones de acompañamiento ejecutadas por profesional de salud física y en los procesos de focalizacion realizados, en las modalidades: individual, familiar y comunitarias.	formatos de atencion psicosocial PAP 012 enfermeria, actas de gestion y focalizacion.
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	SI	Socializar a los y las participantes de los deberes que tienen frente al sistema de salud durante las atenciones de salud física, así como su corresponsabilidad con el mismo.	formatos de atencion psicosocial PAP 012 enfermeria
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes de Septiembre.	Entrega de soportes completos con calidad, PAP 012 Enfermeria, actas de focalizacion.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.	SI	Ajustes de los formatos de acuerdo a las recomendaciones de la coordinadora del equipo y verificación de matriz de Atención psicosocial	Entrega de soportes completos con calidad PAP 012 Enfermeria, derivaciones y actas de gestion.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Informe mensual por profesionales de enfermería	Entrega de informe por profesional de cualitativo/ cuantitativo, gestiones de articulacion con enlaces PAPSIVI locales
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	se asiste conversatorios para fortalecimiento en conocimientos de la sub red Sur Occidente.	Listados de asistencia
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos asignados.	cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

JULIE ANDREA GRIJALBA CASTILLO ,C.C: 52,878,034 DE BOGOTÁ

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Julie Andrea Grijalba C

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52878034		GRIJALBA CASTILLO JULIE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dg 49a sur 53a-94	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4732089	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	94217985	8483266178	I	2018/10/08	2018/09/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$380,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,228,500	$196,600			$1,228,500	$153,600			$0	$0			$1,228,500	$30,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,228,500	$196,600			$1,228,500	$153,600			$0	$0			$1,228,500	$30,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,228,500	$196,600			$1,228,500	$153,600			$0	$0			$1,228,500	$30,000		$0	$0
1	CC	52878034	GRIJALBA JULIE		230201	30	$1,228,500	$196,600	EPS002	30	$1,228,500	$153,600		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,500	$30,000	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**				$1,228,500	$196,600			$1,228,500	$153,600			$0	$0			$1,228,500	$30,000		$0	$0

PAGADO

Salud Total EPS

Bogotá, Septiembre 20 de 2018

Señora:
GRIJALBA CASTILLO JULIE ANDREA
CC. 52878034 DG 49 A SUR NO53 A 54 - 4732089
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 30 de 2009. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CASTILLO URREGO ELIZA	20882849	C	Jul-26-2002	112	0	PADRES	NO VIGENTE	May-18-2007	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
CASTILLO URREGO ANA EDIBETH	39641132	C	Feb-22-2013	25	0	PADRES	NO VIGENTE	Sep-17-2013	Exclusion Beneficiario	Ninguna
GRIJALBA CASTILLO JULIE ANDREA	52878034	C	Ene-30-2009	407	649	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ENFERMERAS ONCOLOGAS DE COLOMBIA ENONCO SAS	52878034	Dependiente	CERRADO
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E S E	52878034	Dependiente	CERRADO
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E S E	52878034	Trabajador dependiente con aportante beneficiario	CERRADO
JULIE ANDREA GRIJALBA CASTILLO	52878034	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
OUTSOURCING Y TEMPORALES S.A.S. SIGLA OTEM S.A.S.	52878034	Dependiente	CERRADO
OUTSOURCING Y TEMPORALES S.A.S. SIGLA OTEM S.A.S.	52878034	Dependiente	CERRADO
OUTSOURCING Y TEMPORALES S.A.S. SIGLA OTEM S.A.S.	52878034	Dependiente	CERRADO
SIPROSALUD CTA	52878034	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GRIJALBA CASTILLO JULIE ANDREA** identificado(a) con **CC** número **52.878.034** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de abril de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de septiembre de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

ARL | sura

Medellín, 20 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que JULIE ANDREA GRIJALBA CASTILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52878034 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 19/05/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C528780341826340921

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 20/09/2018 11.22 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GRIJALBA	CASTILLO	JULIE ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52878034

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES JUL AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Diagonal 49a sur # 53a-94

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5194451

EMAIL elisa290899@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller Academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES MAYO AÑO 2002
										X	

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*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	2	X		ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA	11	2016	NO APLICA
UN	10	X		ENFERMERO (A)	7	2012	40225

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
Ingles			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Sub red Integra de Servicios de salud Sur Occidente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@subredsuroccidente.gov.co
TELÉFONOS: 3756579	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 4 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO: Enfermera Profesional	*DEPENDENCIA*: Espacio de Vivienda, PIC, PAPSIVI		*DIRECCIÓN*: Calle 9 # 39-46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Sub red Integra de Servicios de salud Centro Oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@subredcentrooriente.gov.com
TELÉFONOS: 5966600	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 2 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA 28 MES 2 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO: Enfermera Profesional	*DEPENDENCIA*: Espacio de Vivienda, PIC, PAPSIVI		*DIRECCIÓN*: Calle 69a sur # 92-47

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Rafael Uribe Uribe	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: ese@rafaeluribe.gov.co
TELÉFONOS: 5966600	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 10 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: Enfermera Profesional	*DEPENDENCIA*: Espacio de Vivienda, PIC		*DIRECCIÓN*: Carrera 12d # 26a-62

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Rafael Uribe Uribe	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: ese@rafaeluribe.gov.co	
TELÉFONOS: 5966600	*FECHA DE INGRESO*: DIA 4 MES 9 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 3 MES 9 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: Enfermera Servicio Social obligatorio	*DEPENDENCIA*: Espacio de Vivienda, PIC y área	*DIRECCIÓN*: Carrera 12d # 26a-62 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital universitario San Jose Infantil	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: direccion.general@hospitalinfantildesanjose.	
TELÉFONOS: 2369980	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfemería	*DEPENDENCIA*: Unidad de Uuidados Intensivos Adulto	*DIRECCIÓN*: Cra. 52 #67a-71	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	5	8
PRIVADO	0	10
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-sep-2018

Bogotá, Sept. 14/18
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Julii Andrea Gijalba C - Bogota 14-09-2018
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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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.

SIDEAP

Última Actualización: 18-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JULIE ANDREA GRIJALBA CASTILLO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52878034 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección Diagonal 49a sur # 53a-94 **Teléfonos** 3016351608 5194451

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANA EDIBETH CASTILLO URREGO	39641132	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	$ 31.752.369,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 31.752.369,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	2170075994	VENECIA	$ 1.200.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	CALLE 17A SUR 35-58	$ 24.228.000,00
APARTAMENTO	DG 49A SUR # 52A-24	$ 47.511.500,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
CUOTA MENSUAL MADRE	MANUTENSION	$ 500.000,00
ICETEX	CRÉDITO EDUCATIVO	$ 3.239.432,00
PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	EPS, PENSIÓN, ARL	$ 380.200,00

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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.

SIDEAP

Última Actualización: 18-sep-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ⓧ **NO** ◯ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
MAURICIO ESPINOSA ARIAS	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	79660214

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

Julie Andrea Cayallo C.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-sep-2018

CIUDAD Y FECHA