REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.824.279**

GIL TORRES

APELLIDOS

ANA ROCIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-OCT-1979**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

12-NOV-1997 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00448426-F-0052824279-20130715 0033948673A 1 1642430427

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gil	Torres.	Ana Inés

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ○ C.E ○ PAS ○ No. _____ | SEXO: F ⊗ M ○ | NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 13 MES 10 AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cl 137 c Sur 03 c 39

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

TELÉFONO 3144714734 EMAIL anamchigil@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 1998

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD).
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DANE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	contacto@dane.gov.co www.dane.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5415060-5432208	DÍA 01 MES 09 AÑO 2017	DÍA 30 MES 11 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Sensibilizador		Cl 646-92-56 Alamos.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Veo consulting ltda (Corvesalud)		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
541 41 30	DÍA 01 MES 09 AÑO 2016	DÍA 28 MES 02 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Facturador	Facturación	KR 9 61 81 OF 504

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Rafael Unbe Unbe	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	www.eserafael.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5966600	DÍA 02 MES 08 AÑO 2012	DÍA 30 MES 06 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Facturador	Facturacion	KR 12 D 26 A 62 SUR

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Servicios y Asesorias (Hospital Rafael Uribe)		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	www.serviasesorias.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3230622	DÍA 10 MES 07 AÑO 2009	DÍA 23 MES 07 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Facturacion.	Facturacion Hospital Rafael Uribe Uribe	Kr 6 48 23

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
T&C colombia		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	www.tycamerica.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6731803	DÍA 02 MES 09 AÑO 2008	DÍA 23 MES 12 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Recepcionista		Cl 163 A 20 65

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Diseños DYC Productividad Empresarial		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2128721	DÍA 03 MES 06 AÑO 2008	DÍA 29 MES 08 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Administradora.	C.C Plaza de las Americas	Kr 1563 A 05.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA ___ MES ___ AÑO ____	DÍA ___ MES ___ AÑO ____

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	7	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 19-01-2018.

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.

Bogotá D.C 25 Enero

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Ana Rocio Gil Torres

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 52.824.279 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

Pais	Departamento	Municipio
Colombia	Cundinamarca	Bogotá

Dirección	Teléfonos
Cl 137 a Sur 03 c 39.	314 471 4734.

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Luisa Mariana Sanabria Gil	1031143130	Hija.
Ana Isabel Torres	41.552.073	Madre.
Leonardo Gil.	17.072.846	Padre.

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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	0-
ARRIENDOS	0-
HONORARIOS	0-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0-
TOTAL	$ 0.-

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
Bancolombia.	Ahorros	17464695354	Bogotá	-0-.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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 ☐ 1 NO ☒ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E ☐ 2 T.I ☐ 3	N°

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 DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá D.C. Enero 19-2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-038

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Centro Educativo Distrital

Reino de Holanda

Jornada Tarde
Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
Según Resolución No. 7931 del 11 de Diciembre de 1998

Confiere a:

Ana Rocío Gil Torres

C.C. 52.824.279 de Santafé de Bogotá, D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994); según los planes y programas vigentes.

Edgar Humberto Layton
Rector

Maribeth Castro Castro
Secretaria

Anotado al Folio 08 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 11

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL
REINO DE HOLANDA
JORNADA TARDE
CARRERA 14 BIS No. 47-25 SUR
TELEFONOS 2795097-2794760
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E. 6538 *Inscripción Dane 11100179221*

En la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de 1998, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del ***CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL REINO DE HOLANDA JORNADA TARDE.*** *Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO; según Resolución No.*7931 de diciembre 11 de 1998, emanada de Secretaría de Educación. *Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de* ***BACHILLER ACADEMICO;*** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

Ana Rocío Gil Torres
C.C. 52.824.279 de Santafé de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 001 del 27 de Noviembre de 1998, consta de 93 alumnos; comienza con el nombre de Alonso Porras Flor Emilce y cierra con el nombre de Wellman Romero Diana Yamile. Firmada por EDGAR HUMBERTO LAYTON (Rector) y MARIBETH CASTRO CASTRO (Secretaria).

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de 1998.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

EDGAR HUMBERTO LAYTON
Rector
C.C. 19.124.500 de Bogotá

MARIBETH CASTRO CASTRO
Secretaria
C.C. 51.797.478 de Bogotá

VUAL LASER
3686850 - 3686851

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ANA ROCIO GIL TORRES

Con Cedula de Ciudadania No. 52.824.279

Cursó y aprobó la acción de Formación

FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 100 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diez (10) días del mes de noviembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

24533073 - 10/11/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 946100810702CC52824279C.

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que ANA ROCIO GIL TORRES identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 52.824.279 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD con una intensidad horaria de Cien (100) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los diez (10) días del mes de noviembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300810702CC52824279E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ HUMANA

Dirección Distrital de Servicio al Ciudadano

PNSC
PROGRAMA NACIONAL DE SERVICIO AL CIUDADANO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

SUBDIRECCIÓN DE ALTO GOBIERNO

CERTIFICA QUE

ANA ROCIO GIL

Participó en el

Seminario - Taller "La calidad del servicio a través del ser"

Realizado en Bogotá D.C., el día lunes 16 de septiembre de 2013 con una intensidad de 8 horas académicas.

EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO
Subdirector de Alto Gobierno
Escuela Superior de Administración Pública

DANIEL MEDINA GONZÁLEZ
Director Distrital Servicio al Ciudadano

ROSA IRENE RUBIO CAÑON
Directora Programa Nacional
de Servicio al Ciudadano

El Instituto de Formación Empresarial y del Trabajo
"IFET" COLSUBSIDIO

(Antes Instituto de Educación No Formal Colsubsidio e Instituto de Educación No Formal Comfenalco)

Autorización Oficial según Resolución No. 3220 del 25 de agosto de 2006
de la Secretaría de Educación de Bogotá

Hace constar que:

Ana Rocio Gil Torres

Identificado(a) con C.C. No. 23821279 de Bogotá

Asistió al curso de

Aplicaciones Informáticas

Dentro del marco del Programa de Capacitación para la Reinserción Laboral FONEDE

Con una duración total de [illegible]

[illegible]
Secretario Académico

Bogotá, D.C., 18 de [illegible] 2008

[illegible]

DANE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

EL DIRECTOR DE LA DIRECCION TERRITORIAL CENTRO DEL - DANE

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **ANA ROCIO GIL TORRES** identificado (a) con **C.C. No. 52824279,** prestó sus servicios a esta entidad bajo la siguiente relación de contrato(s) de prestación de servicios:

Contrato No. 1116 De 2017: CONV_MULTIPROPOSITO_TH_TU_OT_ Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar la sensibilización a los hogares para la posterior recolección de la información en la Encuesta Multipropósito 2017.el cual tuvo como plazo de ejecución A partir del acta de inicio, previo registro presupuestal y hasta el 30 de noviembre de 2017.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA ESPECÍFICAS: 1.- Asistir y aprobar el curso de entrenamiento y dominar los conceptos temáticos y operativos impartidos en el mismo; así como el correcto diligenciamiento del cuestionario y formatos a utilizar. 2.- Recibir de la coordinación de campo los materiales necesarios para llevar a cabo el proceso de notificación y sensibilización, verificando que estén completos. 3.- Realizar las labores de notificación de la Encuesta Multipropósito y comunicación de los objetivos de la investigación a cada uno de los hogares seleccionados. 4.- Sensibilizar a todos los hogares e informantes directos que se encuentren en las viviendas de los segmentos que hayan sido asignados por la coordinación de campo durante el desarrollo de la Encuesta Multipropósito. 5 - Realizar las revisitas necesarias para sensibilizar a todos los miembros de cada hogar. 6.- Diligenciar los formatos de acuerdo con las instrucciones contempladas en el respectivo manual. 7.- Entregar diariamente a la coordinación de campo de la encuesta, la relación de las comunicaciones y plegables informativos entregados durante la jornada. 8.- Apoyar el operativo de campo en caso de ser necesario en las actividades de recuento, supervisión y/o recolección. 9.- Asistir a las reuniones o re inducciones operativas que se requieran para tratar aspectos metodológicos, tecnológicos y técnicos de la investigación con el fin de mejorar o socializar procesos que en el desarrollo del operativo se requieran. 10.- Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el supervisor del contrato.

El contratista prestó el servicio objeto del contrato en el periodo comprendido desde el 01 de Septiembre de 2017 y hasta el 30 de Noviembre de 2017 con un valor total de contrato por **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS ($4,855,479.00)** M/cte.

Se expide la presente certificación con destino al interesado a los 28 días del mes de Diciembre de 2017

CARLOS ANDRES PRADA DURAN

ELABORO
MARTHA E.TOVAR C.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
DIRECCIÓN TERRITORIAL CENTRO - BOGOTÁ
Calle 64G Núm. 92 - 56 Barrio Álamos
Teléfono (571) 5415060 - 5432208
www.dane.gov.co / contacto@dane.gov.co

VCO CONSULTING LTDA.

LA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que la señora **GIL TORRES ANA ROCIO,** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.824.279 de Bogotá, laboró con nuestra compañía mediante un **Contrato a Término Fijo Inferior a un año**, desde el 01 de Septiembre de 2016 hasta el 28 de Febrero de 2017, desempeñando el cargo de **FACTURADOR**, con una asignación mensual **OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 800.000.oo)** en la ejecución del contrato de Servicio suscrito entre **VCO CONSULTING LTDA** y **CORVESALUD**

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado, a los 28 días del mes de Febrero de 2017.

Atentamente,

DAYANNA CAÑAS ROZO
Coordinadora de Talento Humano

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION CONTRACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA
HACE CONSTAR:

Que el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO con NIT. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** suscribió en su momento el contrato con **ANA ROCIO GIL TORRES,** con C.C. No. **52.824.279,** cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

VIGENCIA	N° OPS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
2012	132	2 de agosto de 2012	28 de febrero de 2013
2013	219	1 de marzo de 2013	30 de septiembre de 2013
2013	1569	1 de octubre de 2013	28 de febrero de 2014
2014	219	3 de marzo de 2014	28 de diciembre de 2014
2015	47	5 de enero de 2015	4 de marzo de 2015
2015	1001	5 de mayo de 2015	30 de diciembre de 2015
2016	62	4 de enero de 2016	30 de junio de 2016

OBJETO DEL CONTRATO:

- PRESTAR SERVICIOS DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO I FACTURACION EN EL PROCESO DE GESTION FINANCIERA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EN LOS CENTROS DE ATENCION

- PRESTAR SERVICIOS DE AUXILIAR DE FACTURACION CONSULTA EXTERNA EN EL PROCESO DE GESTION FINANCIERA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EN LOS CENTROS DE ATENCION

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE AUXILIAR DE FACTURACION CONSULTA EXTERNA:

1.- Recolectar, liquidar, registrar, organizar, clasificar los soportes por cada factura generada y cobrar a los usuarios el valor que les corresponda pagar por concepto de copagos, cuotas de recuperación y tarifa plena, por los servicios prestados.

2.- Organizar las facturas y soportes, por pagador, contrato, además de realizar la auditoria previa de las cuentas y efectuar el posterior envió al área administrativa de facturación en forma oportuna y periódica cumpliendo las instrucciones establecidas.

19.- Realizar y ejecutar programando las citas de acuerdo al modelo de atención en pyp del hospital.

20.- Propender por la atención humanizada al usuario y generar mecanismos, que conlleven a articular acciones de admisión en el centro o servicio asignado.

21.- Facturar el 100% de las actividades, auditar y garantizar con el equipo de salud permanente monitoreo.

22.- Asignar citas médicas en forma consecutiva sin espacios de acuerdo a la programación.

23.- Atender y admitir al usuario en el sistema de información, siguiendo estrictamente los procedimientos del Hospital.

24.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula SEPTIMA de la presente orden de prestación de servicios, si a ello hubiera lugar. EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E y con ocasión del desarrollo de sus actividades. **PARAGRAFO 1º:** Para efectos de responder por los valores señalados en la presente cláusula, el CONTRATISTA autoriza que durante la vigencia del presente contrato se efectuara una reserva hasta del cinco (5%) por ciento del valor total del contrato incluidas las adiciones, la cual se amortizara mensualmente y en tantas cuotas, cuantos meses de duración tenga la OPS.**25.-** Informar por escrito con una antelación no inferior a Ocho (8) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO I FACTURACION:

1.- Recolectar, liquidar, registrar, organizar, clasificar los soportes por cada factura generada y cobrar a los usuarios el valor que les corresponda pagar por concepto de copagos, cuotas de recuperación y tarifa plena, por los servicios prestados.

2.- Organizar las facturas y soportes, por pagador, contrato, además de realizar la auditoria previa de las cuentas y efectuar el posterior envió al área administrativa de facturación en forma oportuna y periódica cumpliendo las instrucciones establecidas.

3.- Controlar y presentar a la oficina de tesorería, facturación y cartera el informe diario de recaudo, por concepto de cobro de copagos, cuotas moderadoras, cuotas de recuperación y tarifa plena, según los procedimientos establecidos por el hospital. Así mismo los dineros recaudados deben entregarse a quienes el Hospital ha estipulado en forma diaria y **bajo ninguna circunstancia el contratista podrá guardar recaudos diferentes al del normal funcionamiento lo que le ocasionara la cancelación inmediata del contrato**.

4.- Elaborar los pagares por concepto de cuotas de recuperación, diligenciándolos de manera clara y correcta y registrando el 100% de la información requerida.

5.- Asignar, citas médicas utilizando la herramienta tecnológica de acuerdo a la programación asignada desde la sede administrativa (diligenciando los datos del paciente, medico y servicio completamente.

6.- Revisar, e imprimir y verificar la agenda de pacientes atendidos diariamente y vigilar su correcto diligenciamiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

en contra de la E.S.E y con ocasión del desarrollo de sus actividades. **PARAGRAFO 1º:** Para efectos de responder por los valores señalados en la presente cláusula, el CONTRATISTA autoriza que durante la vigencia del presente contrato se efectuara una reserva hasta del cinco (5%) por ciento del valor total del contrato incluidas las adiciones, la cual se amortizara mensualmente y en tantas cuotas, cuantos meses de duración tenga la OPS.

25.- Informar por escrito con una antelación no inferior a Ocho (8) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 7.613.382.oo
$ 7.651.000.oo
$ 5.465.000.oo
$10.784.266.oo
$2.186.000.oo
$8.856.000.oo
$6.637.500.oo

Se expide la presente certificación a solicitud de contrato con con con con con ANA ROCIO GIL TORRES, en Bogotá D.C. a losDos (02) días, del mes de Agosto de 2016

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur. oficina de OPS.

Cordialmente,

MASSIEL MAGALI NEIRA GONZALEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó. Massiel Magali Neira González–Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe
Elaboró: Claudia Jiménez — Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

Servicios & Asesorías s.a.
Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

COORDINACION DE SERVICIO AL CLIENTE

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **GIL ANA ROCIO** identificado (a) con cédula de ciudadanía número 52.824.279 labora en misión para nuestra empresa cliente **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE.** desempeñando el cargo como apoyo temporal **AUXILIAR DE FACTURACION** en los siguientes periodos:

Desde 2009/07/10 hasta 2009/01/30
Desde 2010/02/01 hasta 2011/03/08
Desde 2011/007/01hasta 2011/12/19
Desde el 02 de Enero de 2012 a la fecha.

Con un contrato por obra o labor determinada devengando un salario básico mensual de $719.440(SETECIENTOS DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS) mas auxilio de transporte de $67.800(SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS)

Se expide a solicitud del interesado a los (23) días del mes de Julio de 2012 en la ciudad de Bogotá D.C.

Lina Sarmiento

LINA SARMIENTO
Coordinadora S.A.C.
Servicios y Asesorías S.A.

ISO 9001
ISO 14001
OHSAS 18001
BUREAU VERITAS Certification
No. CO20/0660 / CO20/0670 / CO20/0671
BUREAU VERITAS 1828

T&C Colombia S.A.

Distribuidores de Materiales Eléctricos

CERTIFICA

Que la señora **ANA ROCIO GIL TORRES** identificada con la cédula de ciudadanía No.52.824.279 de Bogotá, laboró para nuestra compañía, desempeñándose como **RECEPCIONISTA**, desde el 02 de Septiembre del año 2008 hasta el 23 de Diciembre del 2008; tiempo en el cual demostró ser una persona responsable, honesta, diligente y cumplidora de su deber. Su retiro fue voluntario.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los Veintitrés (23) del mes de Diciembre del año 2008.

Atentamente,

Colombia S.A.
NIT. 830.377 6[illegible]

RICARDO GONZALEZ MORALES
DPTO. RECURSOS HUMANOS

Calle 163 A No. 20 - 65 Conm. PBX: 57-1 678 94 00 Fax: 57-1 673 18 03 Bogotá D.C. - Colombia
E-mail: info@tycamerica.com • www.tycamerica.com

EL SUSCRITO DIRECTOR OPERATIVO DE
PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL LTDA
NIT 830.022.535-4

CERTIFICA QUE

El (la)Señor (a) *GIL TORRES ANA ROCIO* *identificado (a) con Cédula de*
Ciudadanía Nº *52.824.279* *laboró en nuestra compañía como empleado (a) en misión para*
la Empresa Usuaria *DISEÑOS DYC* *desempeñando el cargo de*
ADMINISTRADORA *durante el siguiente periodo:*

* *Desde el día* *3 de Junio de 2008* *hasta el día* *29 de Agosto de 2008*

Fue contratado bajo la modalidad de Contrato por Obra o Labor y su Asignación Básica Mensual fue de
CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($ 480.000)

La presente certificación se expide el día *29 de Agosto de 2008* *a solicitud del interesado.*

Atentamente,

NIT: 830.022.535-4

JOSÉ MIGUEL ALFONSO FRANCO
Director Operativo

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 104589577

WEB
08:59:18

Bogotá DC, 19 de enero del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANA ROCIO GIL TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52824279:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 19 de enero de 2018, a las 08:57:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52824279
Código de Verificación	52824279180119085716

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2040506

Bogotá D.C., 19 de Enero de 2018 - 9:01 am

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ANA ROCIO GIL TORRES,** quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE** de BOGOTA D.C

52824279

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_PCXRJ_019
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Síguenos en >

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Constitución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 09/01/2018 a las 09:17:52 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52824279 y Nombres: GIL TORRES ANA ROCIO
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 400
FAX (571) 3159587 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS | Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal Única de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUES

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14321823343

(415)7707212455954(8020) 000014321823343

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5282427 9 | 6. DV: 3

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico: 32

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 13

26. Número de Identificación: 52824279

27. Fecha expedición: 19971112

Lugar de expedición — 28. País: COLOMBIA — 169

29. Departamento: Bogotá D.C. — 11

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 001

31. Primer apellido: GIL

32. Segundo apellido: TORRES

33. Primer nombre: ANA

34. Otros nombres: ROCIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 169

39. Departamento: Bogotá D.C. — 11

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 001

41. Dirección principal: CL 137 C SUR 03 C 39 TO 7 IN I I AP 102

42. Correo electrónico: anarochigil@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3002247221

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código: 8299	47. Fecha inicio actividad: 20110811	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2014 12 03

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: FANDIÑO INGRID ADRIANA
985. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 09-01-2018 09:14:43AM

DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 09-01-2018
Hora: 11:53:35 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52824279-3 ANA ROCIO GIL TORRES

Información General

Dirección CL 137 C SUR 03C 39 TO 07 IN II AP 102

Teléfonos 3002247221
Dirección electrónica ANAROCHIGIL@GMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/07/2012
Soporte Inscripción 14377046
Fecha Inicio Actividades 11/05/2007
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002574633

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fuente ICA TE TOCA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

SANTA ELENA SAS

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

NIt 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post Incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



Fecha: 24/08/2017 16:01:00 Empresa: PARTICULAR

Nombre: ANA ROCIO GIL TORRES

Cargo: SENSIBILIZADOR (A) Doc. Identidad: CC 52824279

EXAMEN DE INGRESO

2		3	
5		6	
8		9	

Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )	Requiere restricciones de actividades	( )	( )
[illegible] por restricciones	( )	( )	( )	( )	Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
No apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )	Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )	Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )	Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )	Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )	Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
					Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditiva ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonomico ( ) Otros (X)

REMISIÓN SI ( ) NO (X) ARL SI ( ) NO ( ) EPS SI ( ) NO ( )

* CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO SEGURO, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, PAUSAS ACTIVAS DE [illegible] TREMIDADES PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL SEGÚN LABOR, HABITOS DE [illegible]DA SALUDABLE: ACTIVIDAD DEPORTIVA 40 MIN TRES VECES POR SEMANA, DIETA BALANCEADA, CONTROL ANUAL POR SALUD [illegible]UPACIONAL.

DIANA PAOLA MELO MUÑOZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 66947161 RM: RSS 13443/12

Trabajador: ANA ROCIO GIL TORRES
CC: 52824279
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Huella Dactilar

Salud Total EPS

Bogotá, Enero 17 de 2018

Señora:
GIL TORRES ANA ROCIO
CC. 52824279 CL 137C SUR 03C 39 - 0
Ciudad

Ref: F370-RVA. 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 Agosto 23 de 2017. 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
SANABRIA GIL LUISA MARIANA	1031143130	R	Ago-23-2017	8	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Retiro trabajo mes 2	Ninguna
GIL TORRES ANA ROCIO	52824279	C	Ago-23-2017	8	26	COTIZANTE	VIGENTE		Retiro trabajo mes 2	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
ANA ROCIO GIL TORRES	52824279	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	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 informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GIL TORRES ANA ROCIO** identificado(a) con **CC** número **52.824.279** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2001 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de enero 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, 26 de enero de 2018

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

CERTIFICA:

Que ANA ROCIO GIL TORRES identificado(a) con cédula de ciudadanía 52824279 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 27/01/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

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: 0000000001 - ASISTENCIAL
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:
C10489943231802656513

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: 26/01/2018 3:41 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, 19-01 de 2018

Doctora
GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLÓN
Gerente (e)
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad

ASUNTO: PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Respetada Doctora:

Comedidamente me permito presentarle la siguiente propuesta, con el fin de someterla a su consideración, teniendo en cuenta la necesidad que le asiste a la Entidad, de vincular mediante la modalidad de contratación de prestación de servicios como Auxiliar facturacion, bajo la modalidad de Actividades y/o Productos, sometidos a la supervisión de la actividad final.

Declaro que cumpliré los requisitos exigidos por la Subred Sur E.S.E y las disposiciones legales, pues considero que reúno las condiciones y requisitos necesarios para satisfacer los requerimientos de la Entidad, y para acreditarlos, anexo documentos respectivos.

Presento la propuesta como persona natural con disponibilidad de tiempo de Completo y bajo la gravedad del juramento manifiesto que no me encuentro incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades para contratar señalados en la Constitución y la ley. De igual manera, acepto las condiciones exigidas por la Subred Sur E.S.E y manifiesto conocer y aceptar la naturaleza del contrato de prestación de servicios en caso de concretarse la contratación.

DIRECCION: Cl 137cSur 03c39
TELEFONOS: 3144714734
CORREO ELECTRONICO: anarachigil@gmail.com

Atentamente,

Anarachigil
NOMBRE Ana Rocio Gil Torres
C.C. No. 52824279.

Facilitador

16/07/18
7:30 AM

Jorge Rojas

HOJA DE VIDA

DATOS PERSONALES

Nombres:	**ANA ROCIO GIL TORRES**
Fecha de Nacimiento:	**13 Octubre 1979**
Lugar de Nacimiento:	**Bogotá**
C.C:	**52824279**
Dirección	**CL 137 sur 03 C 39** - USME -> Betania.
Celular	314 4714734
Correo electrónico:	anarochigil@gmail.com

PERFIL

Asistente administrativo en salud, con conocimientos en Microsoft Office, amplia experiencia laboral en atención y servicio al cliente, verificación de derechos de base de datos de los usuarios, manejo de procesos de facturación de primer nivel, control de documentos y gestión documental, manejo de glosas, soportes y auditoria de cuentas, atención y servicio al cliente, manejo de agenda y elaboración de informes de gestión laboral. Con competencias laborales en trabajo en equipo, habilidades de comunicación, iniciativa, organización y orientada a resultados.

FORMACION ACADEMICA

BACHILLERATO ACADEMICO	REINO DE HOLANDA
	Bogotá 1998
Cursos-Talleres no formales	
Facturación de servicio de salud	SENA
	Bogotá 2014
La Calidad del Servicio a través del Ser Administración Pública	Escuela Superior
	Bogotá 2013
	Bogotá 2013
Aplicaciones Informáticas 2006	'IFET' ColsubsidioBogotá

REFERENCIA LABORAL

VCO CONSULTING LTDA

Dirección:kr9 No 61-81 oficina 503

Teléfono: 5414127-5414130

Cargo: Auxiliar facturación

Fecha inicio: 01 septiembre 2016

Fecha de terminación: 28 febrero 2017

Funciones y logros: INGRESOS DE AGENDA FACTURACIÓN DE CITAS, LABORATORIOS, APOYOS DIAGNÓSTICOS, AUDITORIA DE PROCESOS INTERNOS, RECEPCIÓN DE COPAGOS

Hospital RafaelUribe Uribe

Dirección: Kr 13 26 a 34 sur

Teléfono: 59666600

Cargo: Auxiliar facturación

Fecha inicio: 01 agosto de 2012

Fecha terminación: 31 agosto 2016

Funciones y logros: FACTURACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE PRIMER NIVEL, CITAS, IMÁGENES DIAGNOSTICAS, TERAPIAS, ASIGNACIÓN DE CITAS , AUDITORIAS DE CUENTAS.

Servicios y Asesorías S.A

Dirección: Kr 6 46 23

Teléfono: 323 0622

Cargo: Auxiliar administrativo

Fecha de inicio: 10 julio 2009

Fecha terminación: 31 julio 2012

unciones y logros: FACTURACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE PRIMER NIVEL, CITAS, IMÀGENES DIAGNOSTICAS, TERAPIAS, ASIGNACIÓN DE CITAS , AUDITORIAS DE CUENTAS.

SERVICIOS Temporales (Diseños D&C)

Dirección: Kr 15 63 a 05

Teléfono: 345 8077

Cargo: Administradora CC Plaza de las Américas

REFERENCIAS PERSONALES

CESAR CHEMBI

Ingeniero de Sistemas

Celular: 3204213943

MARTHA BRICEÑO

Auxiliar de Facturación

Celular: 317 7798665

REFERENCIAS FAMILIARES

LEONARDO FABIO GIL

Técnico Instalaciones Fibra Óptica

Celular 300 376 56 62

ADRIANA MARCELA GIL

Supervisora Call Center

Celular 313 374 66 96

ANA ROCIO GIL

52 824 279

314 471 47 34

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C 19. Enero 2018

Señores:

_____.

Por medio de la presente, yo Ana Rocio Gil Torres, identificado con número de documento 52824279, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: Ana Rocio Gil Torres

No. Documento: 52824279

Teléfono: 3144714734.

17/1/18

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
SUBRED SUR E.S.E.

ENCUESTA GENERAL CONTRATISTA - PROCESO NUEVO

CEDULA	52 824279
NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Rocio Gil Torres
EPS	Salud Total
FONDO DE PENSIONES	PorVenir
ARL	
DIRECCION (completa: casa, torre, int o apto)	Cl 137 C Sur 03 C 39 Torre 7 Apto 102
LOCALIDAD	Usme (5)
TELEFONO FIJO	
No. CELULAR	3144714734
CORREO ELECTRONICO	anarochigil@gmail.com
ESTADO CIVIL (casado, union libre, soltero)	Soltera

HIJOS SI X NO _____ CUANTOS 1 EDADES 7 años

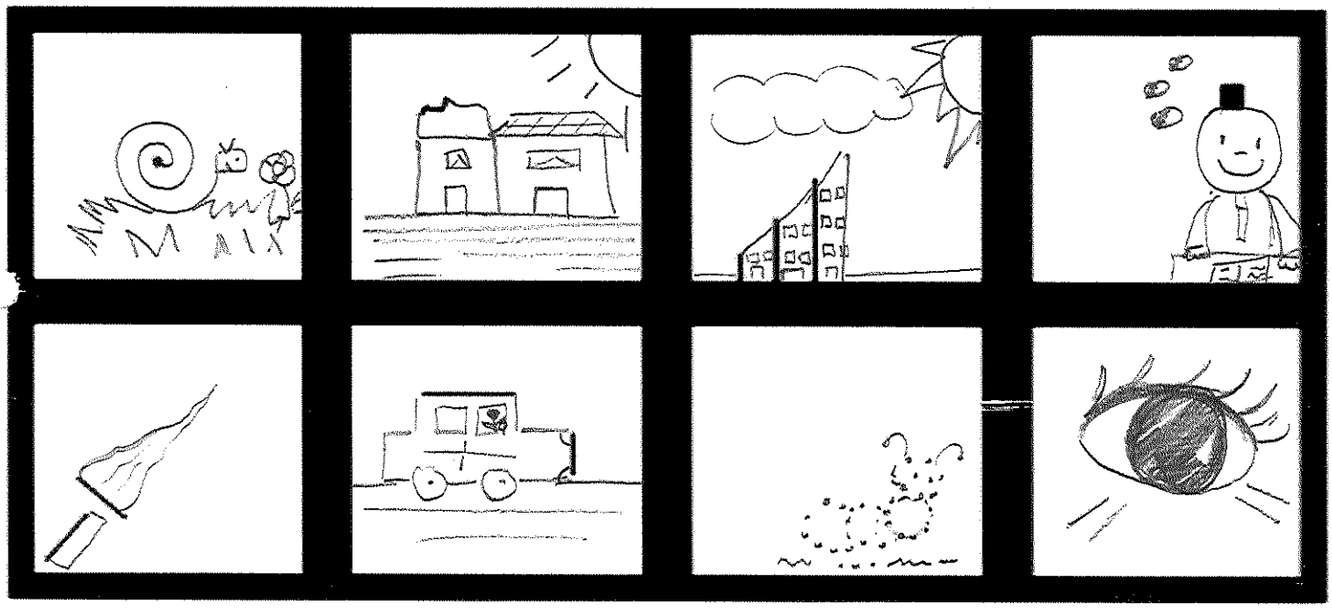
MADRE CABEZA DE FAMILIA SI X NO _____

DISCAPACIDAD SI _____ NO X CUAL _____

TEST WARTEGG

Nombre Ana Rocio G. I Fecha 17 Enero 2017
Edad 38 Sexo F Grado De Escolaridad Bachiller
Profesión Aux facturación Lugar De Nacimiento Bogotá

1 2 3 4



5 6 7 8

TITULOS DIBUJOS

1 Naturaleza
2 Comunidad
3 Ciudad
4 Aprendiendo
5 Meta
6 Comunidad
7 Punto sobre Punto
8 Observar

DIBUJO QUE MAS LE GUSTO Antorcha (5)

DIBUJO QUE MENOS LE GUSTO Punto sobre Punto (7)

DIBUJO QUE LE PARECIO MAS FACIL Ciudad (3)

DIBUJO QUE LE PARECION MAS DIFICIL Aprendiendo (4)

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		
	VERIFICACIÓN ESTUDIOS Y EXPERIENCIA		TH-FT-05 V1
DEPENDENCIA O AREA	CONSULTA EXTERNA		
NOMBRE COMPLETO	ANA ROCIO GIL TORRES	CEDULA	52.824.279
CARGO	FACTURADORA		

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

ESTUDIOS Y/O CURSOS		EXPERIENCIA			
BACHILLER	CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL REINO DE HOLANDA	ENTIDAD	VCO CONSULTING LTDA		6
ASISTENCIAL		ENTIDAD	HOSPTAL RAFAEL URIBE URIBE	3	9
TECNICO		ENTIDAD			
UNIVERSITARIO		ENTIDAD			
ESPECIALIZADO		ENTIDAD			
ESPECIALIZADO		ENTIDAD			

VERIFICACION DE ESTUDIOS Y/O CURSOS

DOCUMENTO	ENTIDAD EDUCATIVA Y TITULO	FECHA DE GRADUACION			FECHA DE VERIFICACION			CUMPLE	
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	SI	NO
DIPLOMA	TRO EDUCATIVO DISTRITAL REINO DE HOLA	27	11	1998	24	1	2018	X	
DIPLOMA	0								
DIPLOMA	0								
DIPLOMA	0								
DIPLOMA	0								
DIPLOMA	0			0					

VERIFICACION DE EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA O ENTIDAD	TIEMPO CERTIFICADO			FECHA DE CONFIRMACION			NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN CONFIRMA	CARGO
	AÑOS	MESES	DIAS	DIA	MES	AÑO		
VCO CONSULTING LTDA	0	6		24	1	2018	DAYANNA CAÑAS ROZO	COORDINADORA DE TALENTO HUMANO
HOSPTAL RAFAEL URIBE URIBE	3	9		24	1	2018	MASSIEL MAGALI NEIRA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
0	0	0						
0	0	0						
0	0	0						
0								

RVACIONES:

FIRMA PROFESIONAL DE SELECCIÓN
2016-09-21

FIRMA PROFESIONAL SELECCIÓN

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	VERIFICACION DE PRUEBAS Y ENTREVISTAS	TH-FT-22 V1

DEPENDENCIA O AREA	CONSULTA EXTERNA	**FECHA**	24 (DIA)	1 (MES)	2018 (AÑO)
NOMBRE COMPLETO	ANA ROCIO GIL TORRES				
CARGO U OBJETO	FACTURACION				
JEFE INMEDIATO	REFEENTE DE FACTURACION				

A. DEFINICIÓN DEL PERFIL

1	CUMPLIMIENTO DE PERFIL Observaciones: ____ Cumple de manera suficiente y funcional con el perfil esperado para el proceso ocupacional.	40%	39
2	PRUEBAS PSICOTECNICAS Observaciones: Puede ser una persona co rasgos de ansiedad, puede prestar particular atencion a su area laboral y tener nvel de energia fluctuante, puede tener adecuadas habilidades cognitivas.	25%	12
3	ENTREVISTA PERSONAL Observaciones: Buena disposicion e interes por pertenecer a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	35%	34
4	PRUEBA DE CONOCIMIENTOS DEL AREA Observaciones: _____	N/A	
		TOTAL	8500%

B. PROTOCOLOS DE INICIO DE EJECUCIÓN

			DIA	MES	AÑO	SI	NO
5	INDUCCIÓN GENERAL Observaciones: _____	FECHA	24	1	18		
6	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DOCUMENTALES Observaciones: _____					X	
7	OBSERVACIONES GENERALES _____						
8	EXAMEN MEDICO DE INGRESO OBSERVACIONES					X	

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

MANUELA ESCOBAR N.

C. OBSERVACIONES FINALES O ADICIONALES

PROFESIONAL SELECCIÓN

