

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

LAURA MARCELA
BUITRAGO CASAS
C.C. 52778105

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 08/09/2011

Identificación Plástica S.A

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 9023 *de* 07/09/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BUITRAGO CASAS LAURA MARCELA Identificado(a) con CC número 52778105 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el día 23/07/2011.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a BUITRAGO CASAS LAURA MARCELA identificado(a) con CC número 52778105 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 07/09/2011

ORIGINAL FIRMADO POR:
BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI

BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI
Directora de Desarrollo de Servicios (E).
Reviso : Yudy Rodríguez
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52778105

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 52778105, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14364058283

(415)7707212489984(8020) 000001436405828 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 7 8 1 0 5	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 7 7 8 1 0 5	2 0 0 1 0 5 0 4

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BUITRAGO	CASAS	LAURA	MARCELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 12 ESTE 1 12 BRR CONSUELO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
laurabui03@hotmail.com		2 3 3 1 0 8 8	3 1 0 4 7 7 0 5 2 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 6 0 7 2 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 61. Fecha: 2 0 1 6 1 1 0 1

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 BUITRAGO CASAS LAURA MARCELA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 01-11-2016 08:35:11AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 07-09-2016
Hora: 11:22:28 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52778105-3 LAURA MARCELA BUITRAGO CASAS

Información General

Dirección KR 12 ESTE 1 12 BRR CONSUELO

Teléfonos 2331088/3104770523

Dirección electrónica laurabui03@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/05/2009

Soporte Inscripción 6103898

Fecha Inicio Actividades 06/07/2005

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: 4922-TRANSPORTE MIXTO

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001141210

Fuente ICA TE TOCA

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

EL DIVINO NIÑO JESUS

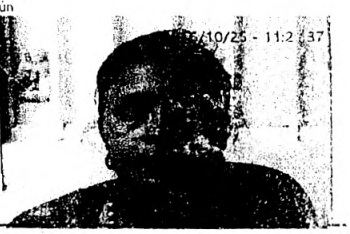
Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud

Nit: 830.015.894-4



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 25 | 10 | 2016

EXAMEN: [X] Preocupacional o Ingreso [ ] Pos-ocupacional o Egreso [ ] Periódico

NOMBRES: LAURA MARCELA BUITRAGO CASAS C.C. 52.778.105 EDAD: 34 SEXO [M] [F]

EMPRESA: SUB RED CENTRO ORIENTE CARGO: AUX DE ENFERMERIA Tel.: Cel.: 3017305945

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral	X	
Espirometria		
Audiometria		
Visiometría		
Optometría		
Electrocardiograma		
Psicología Laboral		
Radiología (Túnel/Carpo, Columna, Tórax)		

	NORMAL	ANORMAL
Respiratorio	X	
Dermatología	X	
Osteomuscular	X	
Cardiovascular	X	
Vacunas		
Prueba de Equilibrio		
Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		

	NORMAL	ANORMAL
Serología		
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo		
Varios		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) [—] Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO		SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	SI	—	Aplazado	—	—
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo	—	—	No apto para este cargo	—	—
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel	—	—			

Examen PERIODICO satisfactorio SI [—] NO [—]

Examen de EGRESO satisfactorio SI [—] NO [—]

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	✓	6. Control Audiometrico		11. Estilos de Vida Saludable	✓
2. Pausas Activas	✓	7. Uso de Dobie Proteccion Auditiva		12. Evitar Posturas Prolongadas	✓
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	✓	8. Control Optometrico Periodico		13. Uso de Medias de Compresión Graduado	
4. Uso de Elementos de Protección Personal	✓	9. Uso de Lentes permanentes		14. Valoración y Manejo en IPS	
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral		10. Control de Tension Arterial			

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico, la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de las cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a fin, perfectamente lo anterior y que estoy enteramente de manifestar mi libre consentimiento.

Héctor Gazón Rodríguez
Medico Especialista
Salud Ocupacional U.N.
Registro RBC 5.2.5.

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

Laura Marcela Buitrago

C.C. No. 52778105

I.D

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO OLAYA

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	LAURA BUITRAGO CASAS	EDAD: 36	FECHA: 16/10/2018
IDENTIFICACION:	52778105	TELEFONO:	
CARGO:	AUXILIAR ENFERMERIA.	EMPRESA: CUBEDO	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACION: AUXILIAR ENFERMERIA. | TIEMPO EN ESTE OFICIO: 10 AÑOS

UTILIZA ALGUNA PROTECCION? SI _____ NO _____ CUAL? _____

EVALUACION DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION	CON CORRECCION
Lejos OD	20/20	
Lejos OI	20/30	
Lejos AO	20/20	
Cerca OD	20/20	
Cerca OI	20/20	
Cerca AO	20/20	

RECOMENDACIONES

OFTALMOSCOPIA DIRECTA	OD: Normal	OI: Normal	AO: Normal
Necesidad de corrección óptica:	NO		
Cromática:	NORMAL Ambos ojos	ANORMAL _____	
Test Estereopsis:	Normal		
INTERPRETACION:	NO NECESITA RX		
OBSERVACIONES:	USO DE EPP VIGENTE		
RECOMENDACIONES:	Control anual		

Dra. ANGELA [illegible]
Optometra U.L.
Salud Ocupacional
Esp. [illegible]
Reg. 362 de 2014

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR

REPORTE DE ESPIROMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA:
IDENTIFICACION:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

RESULTADOS PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO	VALOR TEORICO	
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACION

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR

REPORTE DE AUDIOMETRIA

Nombre		Fecha			
Documento		Edad		Sexo	
Empresa		Cargo			

Ha trabajado en ambientes ruidosos?	SI		NO						
Utilizaba protectores auditivos?	SI		NO		Copa		Desechables		Anatómicos	

Ha presentado alguna de las siguientes condiciones?	SI	NO
Otalgia		
Otitis		
Otarrea		
Traumas		
Cirugías		
Acúfenos		
Transtorno equilibrio		
Hipertensión esencial		
Sinusitis		
Otros		

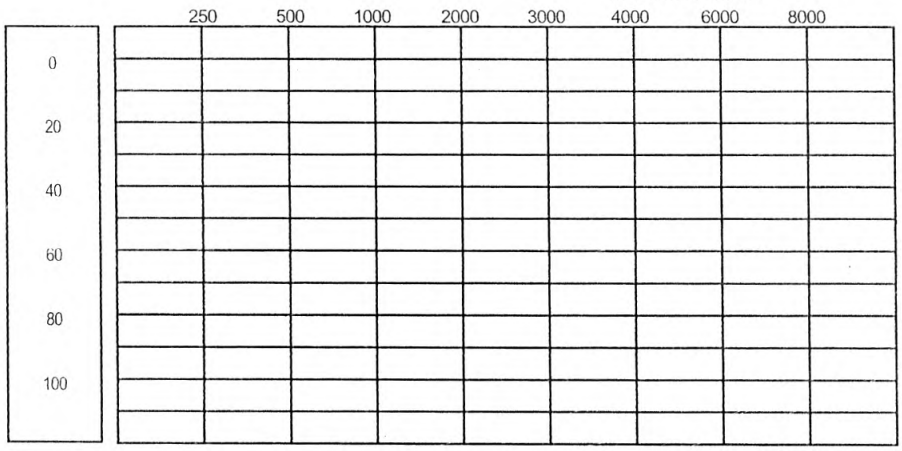
Realiza o practica alguna de las siguientes actividades?	Si	No
Motocicleta		
Práctica polígono		
Práctica de tejo		
Escucha música con audífonos		
Música alto volumen		
Discotecas		
Instrumentos musicales		
Otros		

Fecha última audiometría realizada

OTOSCOPIA

NORMAL			OBSERVACIONES - COMENTARIOS
OIDO	SI	NO	
OD			
OI			

AUDIOGRAMA



Diagnóstico

Recomendaciones / Observaciones / Remisiones

Firma profesional		Firma trabajador	

RESULTADO DE LABORATORIOS

Glicemia		Colesterol total:		Triglicéridos	
Serología	Reactiva:		No reactiva:		
Coprológico	Sin parásitos:		Con parásitos:		
Frotis de garganta	Normal:		Anormal:		
KOH uñas	Sin hongos:		Con hongos:		
Uroanálisis	Normal:	Anormal:	Hemograma:	Normal:	Anormal:
Otros					

PRINCIPAL CRA. 21 No. 26-52 Sur TEL: 408 19 86 - 278 31 86SEDE CRA 21 No. 23 - 38 SUR TEL: 239 7687 BARRIO OLAYA
CENTROMEDICOOLAYA.COM - CENTROMEDICOOLAYA@GMAIL.COM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: martes, 16 de octubre de 2018 12:12 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	52778105
Nombres y Apellidos	LAURA MARCELA BUITRAGO CASAS		
Fecha de nacimiento:	03/04/1982		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Única	09/04/2017	Bostrix	AC37B177AC	HOSPITAL LA VICTORIA
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	02/06/2006			
	Segunda dosis	03/08/2006			CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 51
	Tercera dosis	24/10/2016	Engerix B Adultos	AHAVC544AO	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26
Influenza	Única	18/05/2018	GC FLU	V50218006	CLINICA DE SALUD MENTAL SAN BENITO
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	24/10/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	d2276	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LAURA MARCELA BUITRAGO CASAS

Con Cedula de Ciudadania No. 52.778.105

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los siete (7) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

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

48369115 - 07/11/2017
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 9403001550960CC52778105C.

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que LAURA MARCELA BUITRAGO CASAS identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 52.778.105 de , realizó y aprobó el curso de SOPORTE VITAL BASICO con una intensidad horaria de Veinte (20) 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 veintinueve (29) días del mes de septiembre de dos mil dieciseis (2016)

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 9403001291071CC52778105E.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LAURA MARCELA BUITRAGO CASAS identificado(a) con CC 52778105 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**28/05/2009**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 16 días del mes de Octubre del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

16 OCT 2018

Cordialmente,

CLAUDIA YAZMIN BECERRA LIZARAZO
CONSULTOR INTEGRAL
EPS FAMISANAR S.A.S

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LAURA MARCELA BUITRAGO CASAS identificado(a) con C.C No. 52.778.105, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 12 de octubre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclíente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

ARL | sura

Medellín, 12 de octubre de 2018

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

CERTIFICA:

Que LAURA MARCELA BUITRAGO CASAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 52778105 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 14/09/2017 **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%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:C527781051828555514

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: 12/10/2018 3.25 PM

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

Bogotá D.C _____

Señores:

Escuela de Salud San pedro claver.

Por medio de la presente, yo Laura Marcela Buitrago, identificado con número de documento 52778105, 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: Laura Marcela Buitrago

No. Documento: 52778105

Teléfono: 3103287768.

Scanned by CamScanner

Bogotá, _____ de 2018

Doctora
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Gerente
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 Enfermería 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 tiempo 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: Kr 11 c # 1-06
TELEFONOS: 3103287768
CORREO ELECTRONICO: lbuitrago.acolectiva.hco@gmail.com.

Atentamente,

NOMBRE Laura Marcela Buitrago
C.C. No. 52778105.