ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMATO INDIVIDUAL NECESIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	CO-BIS-FT-03 V2

FECHA DE SOLICITUD	DD	MM	AAAA
	20	11	2018

1. INFORMACIÓN GENERAL

DIRECCIÓN U OFICINA SOLICITANTE	OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO																
AREA ESPECIFICA DE SERVICIO	SERVICIO AL CIUDADANO																
INFORMACIÓN CANDIDATO SOLICITADO (Especificar de acuerdo al requerimiento el nivel de estudio correspondiente)	BACHILLER		BACHILLER TECNICO LABORAL	X	TÉCNICO O TECNÓLOGO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO MÉDICO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON POSTGRADO		MEDICO CON UNA ESPECIALIZACION MEDICO QUIRURGICA		MEDICO CON DOS O MAS ESPECIALIZACIONES MEDICO QUIRURGICA	

2. DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO

PERFIL: REQUISITOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA	Nº PERSONAS
BACHILLER	1

OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicio de apoyo a la gestión como INFORMADOR(A) DE SERVICIO AL CIUDADANO, dentro de los diferentes procesos y procedimientos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E de acuerdo a las necesidades de la entidad.

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL SERVICIO (ACTIVIDADES DEL PROCESO)

	ACTIVIDADES ESPECIFICAS A REALIZAR
1	1. Informar y orientar a los usuarios y su familia de manera presencial en las sedes o mediante atención telefónica promoviendo el enfoque diferencial según la necesidad de los mismos y entregar soporte físico de la atención individual o grupal a técnicos SIDMA para registro de manera oportuna en el Aplicativo SIDMA (Sistema de Información Distrital de Monitoreo de Accesibilidad), de la Secretaria Distrital de Salud.
2	2. Realizar filtro de ingreso en la Unidad de Servicios de Salud, para identificar necesidad de usuarios y direccionar de manera adecuada, cálida, oportuna y efectiva; verificando la documentación pertinente, de acuerdo al servicio requerido y asignar citas de acuerdo a la necesidad del servicio.
3	3. Identificar población preferencial y gestionar su atención con celeridad contribuyendo a la atención integral y con calidad.
4	4. Realizar divulgación permanente de información de interés para los usuarios de los servicios, derechos y deberes del paciente, portafolio de servicios, mecanismos de escucha, y demás requeridos por la Subred Sur E.S.E
5	5. Realizar y/o tabular encuestas de satisfacción del usuario y su familia de los diferentes servicios de la institución donde se requiera.

4. JUSTIFICACIÓN

Se realiza adición al contrato 11673 del mes de noviebre 2018 para dar continuidad a Proceso de particpación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

SOLICITANTE			APROBACIÓN		
NOMBRE	CARGO- DIRECTOR O JEFE DE OFICINA	FIRMA	NOMBRE	SUBGERENCIA U OFICINA ASESORA	FIRMA
MARCELA MARTINEZ CONTRERAS	JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				

5. ESPACIO EXCLUSIVO PARA TALENTO HUMANO

El suscrito Director Operativo del Área de Talento Humano certifica que revisada la planta de personal y el Manual de funciones y competencias laborales vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur no cuenta con el personal de planta suficiente provisto, para el desarrollo de las actividades señaladas en el requerimiento, de acuerdo con el perfill solicitado.	FIRMA Y NOMBRE DIRECTOR TALENTO HUMANO	

bz Chiller

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-07 V3

DEBE:
Entregar una(1)copia en físico de toda la documentación presentada en un (1) carpeta tamaño oficio.
Entregar un (1) CD con toda la información de la hoja de vida en magnético en archivo PDF AL 75% (Escaneado individualmente en el orden del listado).

N°	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	APLICA	NO APLICA
1	Fotocopia del documento de identidad	Cedula de ciudadanía	✓			
		Cedula de Extranjería				✓
2	Formato de Hoja de Vida Función Publica	Completamente diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)	✓			
3	Formato de declaración bienes y rentas	Completamente diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)	✓			
4	Diplomas y actas de grado	Diploma y acta de Bachiller para auxiliares	✓			
		Diploma y acta de Bachiller para técnicos				
		Diploma y acta de Bachiller tecnólogos				
		Diploma y acta de grado de pregrado de acuerdo a la especialidad				
		Diploma y acta de grado de posgrado de acuerdo a la especialidad				
5	Certificado de estudios adicionales	Cursos, seminarios, diplomados, entrenamientos específicos, etc.	✓			
6	Certificado de experiencia laboral	Los certificados anexos deben ser los mencionados en la Hoja de vida Función Publica				
7	Fotocopia de la tarjeta profesional SDS - ANEC - COPNIA - Colegios Profesionales (Medico, Bacteriólogo, Fisioterapeutas, Quimicos Farmacéutico, Psicólogo (a), etc.	Tarjeta profesional y/o certificado de inscripción del ente regulador y de control y/o RETHUS conforme a la ley 1164 y la Resolución 3030 de 2014. Registro de inscripcion donde se realiza el rural y tarjeta de colegiaturas				
8	Libreta Militar	Hombres hasta 50 años				✓
		Jóvenes : Plazo de 18 meses para traer la libreta, una vez inicie contrato				
9	Antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales	Personeria ☑ Contraloria ☑	✓			
		Procuraduria ☑ Policia ☑	✓			
10	Antecedentes profesionales en los casos que aplique	Abogados (consejo superior de la Judicatura)				
		Profesionales en Ingeniería o afines (COPNIA)				
11	RUT	Actualizado con la actividad económica relacionada con el objeto contractual	✓			
12	RIT	Actualizado con la actividad económica y relacionado con el objeto contractual que coincida con el RUT	✓			
13	Examen pre ocupacional	Vigente - Decreto 723 de 2013 (NO SUPERIOR A TRES AÑOS)	✓			
	Para todo el Personal	General y visiometria ☑	✓			
	Para conductores y auxiliares de mantenimiento	General, visiometria y audiometria ☐				
14	VACUNAS AREA ASISTENCIAL	*Hepatitis B tres dosis cuyo esquema es al día 0, 60 y 180, para quienes se realizaron la vacunación y no tienen carné, deben realizarse la titulación de anticuerpos para Hepatitis * Influenza de vigencia año actual. *Varicela dos dosis el día 0 y el día 180. *Tétanos, para mujer tres dosis el día 0-30-180 y para hombres dos dosis el día 0 y el día 30.	✓			
15	VACUNAS AREA ADMINISTRATIVA	Influenza de vigencia año actual.	✓			
		Auxiliares de Enfermeria.- *Curso soporte vital básico vigente - SVB - Certificado de formación en la atención del paciente en diálisis renal (colaboradores que se encuentren en la unidad renal)* ☐				
		Unidad renal: *Medico especialista Nefrologia *Medico generalcon formacion en unidad renal *Enfermera profesional *Auxiliar de enfermeria certificado de formacion en unidad renal. *Soporte vital avanzado: medico general, psicologo, nutricionista y trabajadora social por disponibilidad.				
		Unidad de cuidado critico: unidad cuidado intensivo neonatal; . Todo el personal mencionado debe contar con certificado de formación en atención del paciente de cuidado intensivo neonatal, a excepción de los Neonatologo unidad cuidado intensivo pediatrico Todo el personal mencionado cuenta con certificado de formación en atención del paciente de cuidado intensivo pediátrico, a excepción de los especialistas en cuidado intensivo. Unidad cuidado intensivo adulto Todo el personal mencionado debe contar con certificado de formación en atención del paciente de cuidado intensivo adultos, a excepción de los especialistas en medicina crítica y cuidado intensivo.				
		Auxiliares de Enfermería Ambulancia .- Curso de soporte vital Avanzado vigente - ACLS Trasnporte medicalizado basico: tecnologos o auxiliares de enfermeria debeN contar con soporte vital basico. Vehiculos de respuesta rapida (MOTO): Curso APH Medicalizado: soporte vital avanzado ☐				



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.026.559.044
MELO RINCON
APELLIDOS
JANETH
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1988
GACHETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

11-ENE-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00952416-F-1026559044-20171214 0058778757A 1 9902525970

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
MELO	RINCON	JANETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No 1026559044

SEXO: F (●) M

NACIONALIDAD: COL. (●) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 19 MES 12 AÑO 1988

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CL 4 # 19 B 106 TO 17 AP 403

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 3144161333 EMAIL jamery19@hotmail.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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	x11	MES 12 AÑO 2005

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
TC	3	X		AUX DE ENFERMERIA	12	2007	

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*
SUB RED SUR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	BOGOTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7300000-ext 71500	DÍA 23 MES 06 AÑO 2013	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TEC ADMINISTRATIVO	SERVICIO AL CIUDADANO	TV 36 59 B 59 SUR

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*

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*

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*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	5	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) 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).

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEYES 190 DE 1995)

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JANETH MELO RINCON

IDENTIFICADO CON C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 1026559044 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: SOACHA

DIRECCIÓN Calle 4 N 19 B 106 TO 14 APT403 | TELÉFONOS: 3144161333

MUNICIPIO: SOACHA | DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | PAÍS COLOMBIA

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
PEDRO MELO PARADA	7332041	PADRE
ERMINIA RINCON LEON	39780186	MADRE
JULIAN CAMILO MANCILLA MELO	1022371180	HIJO
AXEL ANDRES MANCILLA MELO	1021690319	HIJO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	1420000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
ARRIENDOS	0
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0
TOTAL	17200000

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	004870398692	TUNAL	$ 6.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEYES 190 DE 1995)

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	No

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO

Bogota Nov 2018.

CIUDAD Y FECHA

EMPLEADOR O CONTRATANTE

La República de Colombia

Centro Vocacional de Salud

Aprobado por la Secretaría de Educación no Formal, segun resolución No. 4449 de 11 de Junio de 1997 y Acuerdo No. 06 de Julio de 1994 del Ministerio de Salud

Confiere a:

Janeth Melo Rincon

C.C. 1.026'559.044 de Bogotá D.C.

El Certificado de Técnico Laboral en el Programa d

Auxiliar de Enfermería

Intensidad horaria total: 1.641 horas

Directora del Centro

Secretaría

Dado en Bogotá, D.C. a 08 de Diciembre de 2007

CENTRO VOCACIONAL DE SALUD

AUXILIARES DE ENFERMERIA

Aprobado por la Secretaría de Educación no formal, según resolución No. 4449 de 11 de Junio de 1997 y Acuerdo No. 06 de Julio de 1994 del Ministerio de Salud.

EL CONSEJO DE DIRECCION DEL CENTRO VOCACIONAL DE SALUD PROGRAMA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA EN SU SESION DEL DIA 30 DE NOVIEMBRE DEL 2007 ACTA Nº 29 CONSIDERANDO QUE :

Janeth Melo Rincon

C.C. No. 1.026'559.044 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por el reglamento, tanto teóricos como prácticos, le confiere en nombre de la República de Colombia y por autorización de la Secretaría de Educación no Formal el Certificado Técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Y Le Hizo Entrega el Día 08 del Mes de diciembre del 2007

En testimonio de lo anterior se firma la presente acta de certificación en la ciudad de Santa fe de Bogotá a los 08 días del mes de diciembre del 2007

Lic. EXSA LILIA DE HERNANDEZ
Directora

NELLY MUÑOZ.
Secretaria

La República de Colombia
y en su nombre, la

Institución Educativa Distrital

Cedid Ciudad Bolívar

Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, según
Resolución de Reconocimiento Oficial Nº 3133 del 30 de Septiembre de 2002

Confiere a:

Janeth Melo Rincón

Identificado (a) con NIP Nº 881219-71156 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.

Luis Alejandro Romero Cepeda
Rector

Claudia Janeth Bernal Franco
Secretaria

Anotado al Folio Nº 02 Libro de Registro Nº 02 Acta Nº 02

Dado en Bogotá, D.C., a los 03 días del mes de Diciembre del año 2005

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos Nº 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL

CEDID CIUDAD BOLIVAR

Jornada Mañana

067090 ICFES — 11100186804 DANE

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 3 días del mes de Diciembre del año lectivo 2005 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la

Institución Educativa Distrital Cedid Ciudad Bolívar

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución de Reconocimiento Oficial N° 3133 del 30 de Septiembre de 2002

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:

Janeth Melo Rincón

Identificado (a) cor. NIP N° 881219-71156 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 12, de fecha 03 de Diciembre del año 2005 que consta de _____ alumnos (as) graduandos; que comienza con el nombre de ABAUNZA DIAZ ANYULY ANDREA y se cierra con el nombre de ZUTA BARAHONA JUAN GUILLERMO

Firmada por LUIS ALEJANDRO ROMERO CEPEDA — Rector y
CLAUDIA JANETH BERNAL FRANCO — Secretaria

Dada en Bogotá, D.C., a los 3 días del mes de Diciembre del año 2005

FIRMADA Y SELLADA

LUIS ALEJANDRO ROMERO CEPEDA
C.C. N° 19.097.154 de Bogotá
Rector

CLAUDIA JANETH BERNAL FRANCO
C.C. N° 51.990.003 de Bogotá
Secretaria

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 1881 *de* 20/02/2008

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR 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) MELO RINCON JANETH Identificado(a) con CC número 1026559044 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO VOCACIONAL DE SALUD el día 08/12/2007 y registrado en el libro XX Folio XX año XX
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 MELO RINCON JANETH identificado(a) con CC número 1026559044 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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 20/02/2008

Dr. Herman Redondo Gómez
Director de Desarrollo
de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GOMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro: Victor Sánchez
Reviso: Yuriy Rodriguez

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

Firma

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2538058

Bogotá D.C., 13 de Noviembre de 2018 - 20:44 pm

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) **JANETH MELO RINCON**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTISEIS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUARENTA Y CUATRO** de BOGOTÁ, D.C.

1026559044

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.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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: 11_68VA_4420
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 117847912

WEB
20:54:56

Bogotá DC, 13 de noviembre 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) JANETH MELO RINCON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026559044:

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 GONZALEZ
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 CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 13 de noviembre de 2018, a las 20:50:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1026559044
Código de Verificación	1026559044181113205039

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:41:07 horas del 16/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1026559044**

Apellidos y Nombres: **MELO RINCON JANETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 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 identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogot
Atención administrati
lunes a viernes de 8:(
- 12:00 pm y 2:00 pm
pm
Línea de Atención al
Ciudadano - Bogotá D
(571) 5159111 / 9112
Resto del país: 0180(
112
Requerimientos ciuda
24 horas
Fax (571) 5159581 - I
lineadirecta@policia.g

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14097271258

(415)7707212489984(8020) 000001409727125 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 6 5 5 9 0 4 4	1	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	1 0 2 6 5 5 9 0 4 4	2 0 0 7 0 1 1 1

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
MELO	RINCON	JANETH	

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: CL 72 SUR 40 40 BRR ARBORIZADORA ALTA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		7 1 8 3 5 8 3	3 1 6 3 9 3 2 7 2 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	2	Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 2	2 0 0 7 1 2 1 5						

Responsabilidades

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2 0																	

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2008 12 29

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

983. Nombre PERDOMO CARVAJAL YANURI

984. Cargo: Facilitador III

DOCUMENTO IDENTIFICADO 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: 11-04-2013
Hora: 2:22:21 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1026559044-1 JANETH MELO RINCON

Información

Dirección CL 72 SUR 40 40 ARBORIZADORA

Teléfonos 7183583-3163932728

Dirección

Fax

Información de

Fecha Inscripción 11/04/2013

Soporte Inscripción 15394727

Fecha Inicio Actividades 12/12/2007

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8515-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ HUMANA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **13/11/2018 13:05:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JANETH MELO RINCON**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 1026559044**

SELECCIÓN DE EXAMENES REALIZADOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN FISICO

Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN FISICO

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE SEGUIMIENTO

Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ⊗ **EPS** SI ○ NO ⊗

USO DE MEDIAS ANTIVARICE
SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL.

Vladimir Alberto Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: JANETH MELO RINCON
CC 1026559044
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	✓		
	2	03/06/09		
	3	17/05/2013	024100010 Fabricado	
	4	13/05/2014		
	5	13/05/2019	SIPS VACUNAR	
Contra Hepatitis B	1	20 MAY 2013	L032110040 OLFAR S.A.	
	2	20 MAY 2013	V.05/2014 NIT. 900.394.707-3	
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	03/03/07	Stamaril / UPS Bacher	
Contra Influenza	1	13-04-16	GLFIU-4/16	CAS Condelitoria
	1	19-05-18	U502180006	CAS Maricuela.
Virus de Papiloma Humano				

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOT



CERTIFICADO DE INSCRIPCI(

JANETH

MELO RINCON

C.C 1026559044

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedido 09/01/20

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Janeth
Apellidos:	Melo Rincon
Documento de identidad:	C.C. X TI. Pasaporte No. 1026559044
Fecha de Nacimiento:	Día 19 Mes 12 Año 1988

Salud Total

Bogotá, Noviembre 13 de 2018

Señora:
MELO RINCON JANETH
CC. 1026559044 TV 40D NO 70C 50 SUR - 0
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 Julio 13 de 2010. 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
MANCILLA MELO AXEL ANDRES	1021690319	R	Ene-26-2016	134	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ago-13-2018	Desafiliado por novedad	Ninguna
MACILLA MELO JULIAN CAMILO	1022371180	T	Jul-26-2010	417	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ago-13-2018	Desafiliado por novedad	Ninguna
MELO RINCON JANETH	1026559044	C	Jul-13-2010	419	0	COTIZANTE	VIGENTE		Proteccion Laboral 3, mas 0	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
JANETH MELO RINCON	1026559044	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

ARL | sura

Medellín, 13 de noviembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que JANETH MELO RINCON identificado(a) con cédula de ciudadanía 1026559044 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/08/2016 **Fecha fin cobertura:** 31/10/2018

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 válido por un mes:C10265590441831775800

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: 13/11/2018 8:03 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JANETH MELO RINCON identificado(a) con C.C No. 1.026.559.044, 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 13 de noviembre 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 serviciocliente@colfondos.com.co.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ 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 Noviembre 2018.

Señores:

Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Por medio de la presente, yo Janeth Melo Rincon., identificado con número de documento 1026559044, 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: Janeth Melo

No. Documento: 1026559044

Teléfono: 3144161333

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 Informadora., 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 el momento de concretarse la contratación.

DIRECCION: TV 40P 70C - 50 Sur
TELEFONOS: 3144161333
CORREO ELECTRONICO: Jomery19@hotmail.com.

Atentamente,

NOMBRE Jury Hz.
C.C. No. 1026559044