

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										
1. INFORMACIÓN GENERAL																
DIRECCIÓN U OFICINA SOLICITANTE		DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO														
ÁREA ESPECÍFICA DE SERVICIO		ESPACIO EDUCATIVO														
INFORMACIÓN CANDIDATO SOLICITADO (Especificar de acuerdo al requerimiento el nivel de estudio correspondiente)		BACHILLER		BACHILLER TÉCNICO LABORAL		TÉCNICO O TECNÓLOGO	X	PROFESIONAL UNIVERSITARIO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO O MÉDICO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON POSTGRADO		MÉDICO CON UNA ESPECIALIZACIÓN MÉDICO QUIRÚRGICA		MÉDICO CON DOS O MAS ESPECIALIZACIONES MÉDICO QUIRÚRGICA
2. DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO																
PERFIL: REQUISITOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA										N° PERSONAS						
SE REQUIERE EL PERFIL DE TÉCNICO EN SALUD ORAL E HIGIENISTA ORAL PARA EL ESPACIO EDUCATIVO										1						
OBJETO DEL CONTRATO		Prestar servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión como HIGIENISTA ORAL 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 Institución.														
3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL SERVICIO (ACTIVIDADES DEL PROCESO)																
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS A REALIZAR																
1	Realizar planeación, implementación, monitoreo y evaluación correspondiente a los procesos asignados de acuerdo al Plan de Intervención Colectiva y conforme a las cualidades de los lineamientos definidos para las actividades a desarrollar en cumplimiento al objeto contractual.															
2	Desarrollar las acciones de clasificación y monitoreo 1.															
3	Presentar informes y reportes en la periodicidad definida, con calidad, veracidad y cumplimiento, de acuerdo a la meta acordada, productividad y actividades ejecutadas.															
4	Planear, verificar, y presentar procesos de preauditorías y auditorías internas y externas según requerimiento, cumpliendo con características de calidad, oportunidad y veracidad.															
5	Garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades.															
6	Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad.															
7	Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.															
8																
9																
10																
11																
4. IDENTIFICACIÓN																
La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. requiere la contratación de un técnico en Salud Oral para el proceso de espacio educativo a fin de garantizar la eficaz y eficiente ejecución del proceso mencionado.																
5. APROBACIÓN																
SOLICITANTE					APROBACIÓN											
NOMBRE		CARGO SUPERVISOR		FIRMA	NOMBRE		SUBGERENCIA U OFICINA ASESORA			FIRMA						
JOHANNA ANDREA TORRES RUZ		DIRECTORA DE GESTIÓN DEL RIESGO			MARTIN JAMES MADARIAGA		SUBGERENCIA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (C)									
6. 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 perfil solicitado.										FIRMA Y NOMBRE DIRECTOR TALENTO HUMANO						



Ministerio de Salud
República de Colombia

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS

CO-OPS-FT-47 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 formato en archivo PDF Al 75% (Escaneado individualmente en el orden del listado).

Nº	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	APLICA	NO APLICA
1	Fotocopia del documento de identidad	Cedula de ciudadanía				
2	Fotocopia del documento de identidad	Cedula de Extranjería				
3	Formulario de Hoja de Vida Función Pública	Complementario diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)				
3	Formulario de Hoja de Vida Función Pública	Complementario diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)				
4	Opciones y actas de grado	Diploma y acta de Bachiller para auxiliares				
4	Opciones y actas de grado	Diploma y acta de Bachiller para auxiliares				
4	Opciones y actas de grado	Diploma y acta de Bachiller para auxiliares				
5	Certificado de estudios adicionales	Diploma y acta de grado de bachiller en enfermería				
5	Certificado de estudios adicionales	Diploma y acta de grado de bachiller en enfermería				
5	Certificado de estudios adicionales	Diploma y acta de grado de bachiller en enfermería				
6	Certificado de experiencia laboral	Letra certificada anexo deben ser las mencionadas en la Hoja de Vida Función Pública				
7	Fotocopia de la tarjeta profesional SCS - AMEC - COPRIA - Colegios Profesionales (Medico, Biologo, Fisioterapeuta, Químico Farmacéutico, Psicólogo), etc.	Letra profesional y/o certificado de inscripción del ente regulador y de control y/o RETENUS conforme a la ley 1164 y la Resolución 3000 de 2014. Registro de inscripción donde se realice el trámite de colegiatura				
8	Carta de salud	Homocisteína hasta 50 años				
9	Antecedentes de enfermedades, lesiones y lesiones	Personas: Pico de 18 meses para tener la libertad, una vez haya concluido				
9	Antecedentes de enfermedades, lesiones y lesiones	Personas: Pico de 18 meses para tener la libertad, una vez haya concluido				
9	Antecedentes de enfermedades, lesiones y lesiones	Personas: Pico de 18 meses para tener la libertad, una vez haya concluido				
10	Antecedentes profesionales en los casos que aplique	Procuraduría				
10	Antecedentes profesionales en los casos que aplique	Procuraduría				
10	Antecedentes profesionales en los casos que aplique	Procuraduría				
11	RUT	Acusado con la actividad económica relacionada con el objeto contractual				
12	RUT	Acusado con la actividad económica y relacionado con el objeto contractual que corresponda con el RUT				
13	Examen pre ocupacional	Vigente - Decreto 723 de 2013 (NÚMERO SUPERIOR A TRES AÑOS)				
13	Examen pre ocupacional	Vigente - Decreto 723 de 2013 (NÚMERO SUPERIOR A TRES AÑOS)				
13	Examen pre ocupacional	Vigente - Decreto 723 de 2013 (NÚMERO SUPERIOR A TRES AÑOS)				
14	VACUNAS AREA ASISTENCIAL	General y pediátrica				
14	VACUNAS AREA ASISTENCIAL	General y pediátrica				
14	VACUNAS AREA ASISTENCIAL	General y pediátrica				
15	VACUNAS AREA ADMINISTRATIVA	General y pediátrica				
15	VACUNAS AREA ADMINISTRATIVA	General y pediátrica				
15	VACUNAS AREA ADMINISTRATIVA	General y pediátrica				

Bogotá, Diciembre de 2018

Doctora
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad

Respetada Doctora:

ASUNTO: PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Comediamente 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 Higienista Org., 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 Cumplir con las actividades y/o tiempo de asignado. 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: kra 9 este #36-89

TELEFONOS: 3102245680

CORREO ELECTRONICO: camilacampok@gmail.com.

Atentamente,

NOMBRE
C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDEDE DE CIUDADANIA

NUMERO: 52-531-500
CAMPOS CARDENAS

APELLIDOS:
NOMBRES:
CAMILA ANDREA

Camila Campos

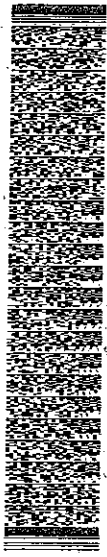


FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

ESTATURA 1.58
G.S. RH O+
SEXO F

04-MAR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ALBERTO SANCHEZ TORRES



A-1500130-00042881-F-0052631600-30090909 0001504073A 1 1100222294



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Libertad y Orden

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Campos</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Cardenas</u>	NOMBRES <u>Camila Andrea.</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>52.531.500</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS
LIBRETA MILITAR			
PRIMERA CLASE ☐	SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			
FECHA DÍA <u>05</u> MES <u>09</u> AÑO <u>1998</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Kra 9 este # 35-89 Casa 127.</u>		
PAÍS <u>Colombia</u>	PAÍS <u>Colombia</u>		
DEPTO <u>Cundinamarca</u>	DEPTO <u>Cundinamarca</u>		
MUNICIPIO <u>Bogotá</u>	MUNICIPIO <u>Soacha</u>		
		TELÉFONO <u>3102245680</u>	EMAIL <u>camilacamposkegma</u>

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.	10o.	
			X						X	
										MES <u>12</u> AÑO <u>1996</u>

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
T.C. (TÉCNICA), T.L. (TECNOLÓGICA), T.E. (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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
T.C.	3	X	Técnico Auxiliar Odontólogo H. Oral	03 2005	

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

IDIOMA		LO HABLA		LO LEE		LO ESCRIBE	
		R	B	R	B	R	B
		MB		MB		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	Subred Integrada de Servicios Salud		PÚBLICA	☒	PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	MUNICIPIO	Bogotá				Colombia
TELÉFONOS	3102245680	FECHA DE INGRESO	DÍA 17 MES 07 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Higiene Oral	DEPENDENCIA	Gestión del Riesgo		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR							
EMPRESA O ENTIDAD	Clínica Odontológica	Facil	Reir	PÚBLICA	☒	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	MUNICIPIO	Soacha				Colombia
TELÉFONOS	300602833	FECHA DE INGRESO	DÍA 03 MES 12 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO	DÍA 08 MES 07 AÑO 2017	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO	Auxiliar Odontología	DEPENDENCIA	Insumos		DIRECCIÓN	Cra 7 #15-62. Piso 2	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR							
EMPRESA O ENTIDAD	Consultorio Odontológico	Angelq	chaves	PÚBLICA	☒	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	MUNICIPIO	Bogotá				Colombia
TELÉFONOS	Auxiliar Odontología	FECHA DE INGRESO	DÍA 02 MES 02 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO	DÍA 30 MES 08 AÑO 2016	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO	3103059955	DEPENDENCIA	Asistencia		DIRECCIÓN	Cra 21A #124-55 cons 203	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR							
EMPRESA O ENTIDAD	Kauandena	Roca.		PÚBLICA	☒	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	MUNICIPIO	Soacha.				Colombia
TELÉFONOS	3124783176.	FECHA DE INGRESO	DÍA 28 MES 07 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO	DÍA 01 MES 07 AÑO 2017	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO	Administradora	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN	Calle 44 #20-28	

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.

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Grupo Empresarial PYP - S.A.S			X	Colombia
DEPARTAMENTO				
Cundinamarca				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
4931000 ext 100-101-102		Bogotá		
CARGO O CONTRATO ACTUAL		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
Auxiliar Odontología		DÍA 03 MES 09 AÑO 2008		DÍA 04 MES 07 AÑO 2014
DEPENDENCIA		Avalilona Inventarios		DIRECCIÓN
				Avenida #135-05.
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
Consultorio Odontológico				
DEPARTAMENTO		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Cundinamarca			X	Colombia
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
6908184-6903446		Bogotá		
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
Auxiliar Odontología		DÍA 30 MES 06 AÑO 2006		DÍA 30 MES 08 AÑO 2008
DEPENDENCIA		Asistencial		DIRECCIÓN
				Calle 118 #19-52 cons 406
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
DEPENDENCIA				DIRECCIÓN
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
DEPENDENCIA				DIRECCIÓN
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
DEPENDENCIA				DIRECCIÓN
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
DEPENDENCIA				DIRECCIÓN
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
DEPENDENCIA				DIRECCIÓN
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
DEPENDENCIA				DIRECCIÓN
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
DEPENDENCIA				DIRECCIÓN
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
DEPENDENCIA				DIRECCIÓN
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
DEPENDENCIA				DIRECCIÓN
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
DEPENDENCIA				DIRECCIÓN
EMPRESA O ENTIDAD		EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO				
TELÉFONOS		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CARGO O CONTRATO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
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	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	13	4

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 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá Diciembre 2018

[Firma]
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACION

**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, Camila Andrea Campos Cardenas
IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 52531500 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Sacha
Dirección Kra 9 este #36-89 Colsa 127 Teléfonos 3102245680
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Nataly Andrea Rodriguez Campos	1024 590860	Hija
Jennifer Angelica Rodriguez Campos	1000 365725	Hija
Sabel Sofia Rodriguez Campos	1016 835595	Hija

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 180 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	1.550.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 1.550.000 -

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	DE
Bancolombia	Ahorros	2550886453	Sacha	0	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		0

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 NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

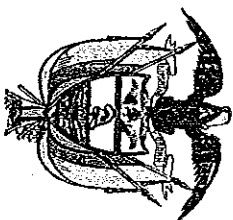
2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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 PARTICIPACION

3. FIRMA

Emmela Cuervo *Bogotá-Diciembre-2018*
 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA CIUDAD Y FECHA



El Ministerio de Educación Nacional

La Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

y en su nombre

El Centro Educativo Distrital Confederación Suiza - D.S.

Queriendo en cuenta que:

Campo Cardenas Camila Andrea

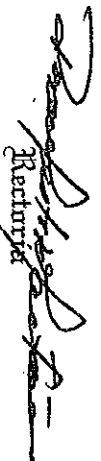
Identificado con la C.D. N.º. 780905-14198 de Bogotá

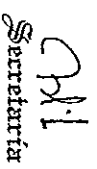
Curso y aprobó satisfactoriamente con los requisitos académicos
(planes y programas de estudio del Nivel de Educación Media,
de conformidad con la ley N.º. 115 de 1.994)

y las disposiciones del Proyecto Educativo Institucional - P.E.I.,
confiere el título de:

Bachiller - Comercial

En constancia se firma y referencia en Santafé de Bogotá, D.C.
a los 03 días del mes de Diciembre de 1996.

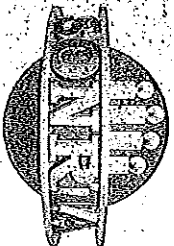

Rectoría


Secretaría

Firma del Titular

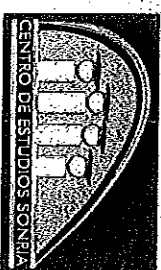
Anotado al Folio N.º. 1 Libro 1.

Fecha: 3 de Diciembre de 1.996.



Sonría

Clínicas Dentales



y su

Centro de Estudios Sonría

Certifican que :

Camila Andrea Campos Cardenas

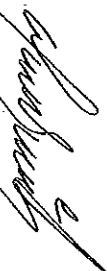
E.E. 52.531.500

Cursó y aprobó satisfactoriamente sus estudios de

Consultorio Odontológico

e Higiene Oral

Dado en la ciudad de Bogotá, D.C., a los 21 días del mes de Abril de 2005.


Alberto González Jimado
Gerente

Clínicas Dentales Sonría


Juan Carlos Sampedro Jimubia
Rector

Centro de Estudios Sonría

REPUBLICA DE COLOMBIA
EL INSTITUTO DE FORMACION E INVESTIGACION TECNICA
EDUCACION NO FORMAL



INFORTEC

RESOLUCIONES No. 4998 ENERO 2/90, 3236 NOVIEMBRE 17/93 Y 6768 NOVIEMBRE 27/96
SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA, D.C.
ACUERDO 14/96 MINISTERIO DE SALUD

OTORGA EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL A:

Camila Andrea Campos Cárdenas

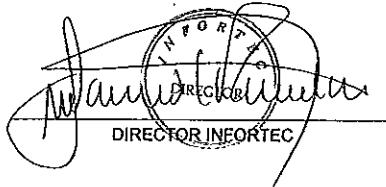
C.C. No. 52.531.500 DE Bogotá

QUIEN CURSO Y APROBO EL PROGRAMA DE:

Auxiliar de Higiene Oral

CON UNA INTENSIDAD DE 700 HORAS

Bogotá, D.C. Abril 21 de 2005


DIRECTOR INFORTEC


COORDINADOR PROGRAMA


SECRETARIA ACADEMICA

REPUBLICA DE COLOMBIA
EL INSTITUTO DE FORMACION E INVESTIGACION TECNICA
EDUCACION NO FORMAL



INFORTEC

RESOLUCIONES No. 4998 ENERO 2/90. 3236 NOVIEMBRE 17/93 Y 6768 NOVIEMBRE 27/96
SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA, D.C.
ACUERDO 14/96 MINISTERIO DE SALUD

OTORGA EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL A:

Camila Andreea Campos Cárdenas

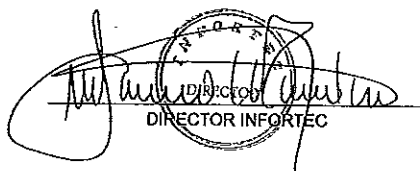
C.C. No. 52.531.500 DE Bogotá

QUIEN CURSO Y APROBO EL PROGRAMA DE:

Auxiliar de Consultorio Odontológico

CON UNA INTENSIDAD DE 820 HORAS

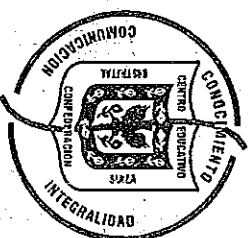
Bogotá, D.C. Abril 21 de 2006


DIRECTOR INFORTEC


COORDINADOR PROGRAMA


SECRETARIA ACADEMICA

SECRETARIA DE EDUCACION



CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL CONFEDERACION SUIZA - L.S. -

Creado por Acuerdo No. 017 de Oct. de 1992

Inscripción S.E.D. 6568

Inscripción Dane M000136785

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. a los 03 días del mes de Diciembre del 1996 con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, se reunieron las suscritas: Rectora y Secretaria del Centro Educativo Distrital Confederación Suiza - L.S. - CEDISCONSU.

Institución aprobada hasta el último grado en el Nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación de esta ciudad para otorgar el título de Bachiller en las modalidades Contable y Comercial según Resolución No. [REDACTED] del [REDACTED] de 19 [REDACTED]

Comprobada la situación legal y académica definitiva de cada uno de los alumnos se procede a otorgar los Títulos de:

BACHILLER COMERCIAL
BACHILLER CONTABLE

al graduando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Nº.	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	C.C. & TI	EXPEDIDA EN
24	CAMPOS CARDENAS CAMELIA ANDREA	COMERCIO	750905-14150	BOGOTÁ

Es fiel copia tomada del acta Original General No. 301 de fecha 03 de Diciembre de 1996 que consta de 131 alumnos que comienza con el nombre de ARIAS ROSA CLAUDIA BORTA

y se cierra con el nombre de ZORA GIRALDO PABLO POLINO

Firmado por ROSAURA MESTIZO DE MONTAÑA

NANCY SANCHEZ TORRES

(Secretaria)

(Rectora) y

Dada en Santafé De Bogotá D.C. a los 03 días del mes diciembre de 1996

Rosaaura Mestizo de Montaña

Nancy Sánchez

Rectora C.C. No. 41520.528 de Bogotá

La Secretaria C.C. No. 43.503.035 Med

Firma:

Rosaaura Mestizo de Montaña

Firma

Nancy Sánchez



INFORTEC
INSTITUTO DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN TÉCNICA

INFORTEC

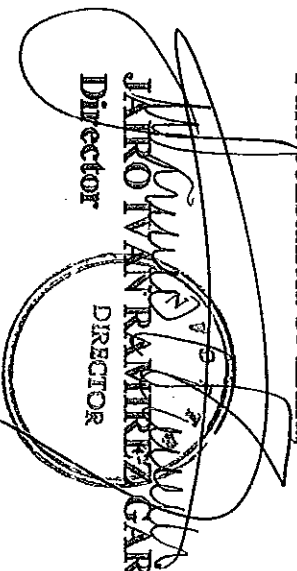
INSTITUTO DE FORMACION E INVESTIGACION TECNICA

Los suscritos Director y Secretaría Académica del Instituto de Formación e Investigación Técnica INFORTEC expiden copia auténtica del Acta de entrega del certificado de AUXILIAR DE HIGIENE ORAL con una intensidad de setecientas (700) horas al alumno (a). CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS portador (a) de la Cedula de Ciudadanía No 52.531.500 expedida en Bogotá, que a la letra dice :

Acta No 279

En la Ciudad de Bogotá D.C. siendo las 5:00 p.m. del día veintuno (21) de Abril del dos mil cinco (2005), ante la presencia del Doctor JAIRO IVAN RAMIREZ GARCIA , Director, y demás miembros de la Junta Directiva del INSTITUTO INFORTEC, se llevo a cabo la ceremonia de entrega del certificado de AUXILIAR DE HIGIENE ORAL al alumno (a) CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS quien lleno todos los requisitos que los estatutos y reglamentos del Instituto exigen, según aprobación emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá por medio de la resolución No 4998 del 2 de Enero de 1.990 y No 03 del Ministerio de Salud.

Para constancia se firma,


JAIRO IVAN RAMIREZ GARCIA
Director

DIRECTOR

Director



INFORTEC

INSTITUTO DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN TÉCNICA

INFORTEC

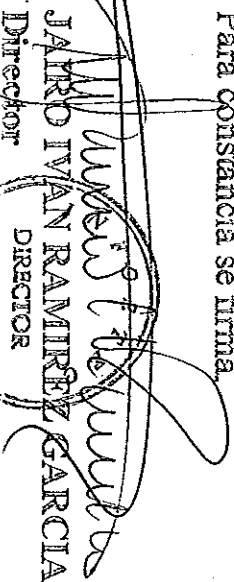
INSTITUTO DE FORMACION E INVESTIGACION TECNICA

Los suscritos Director y Secretaría Académica del Instituto de Formación e Investigación Técnica INFORTEC expiden copia auténtica del Acta de entrega del certificado de AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLÓGICO con una intensidad de ochocientas veinte (820) horas al alumno (a). CAMILLA ANDREA CAMPOS CARDENAS portador (a) de la Cedula de Ciudadanía No 52.531.500 expedida en Bogotá, que a la letra dice :

Acta No 499

En la Ciudad de Bogotá D.C. siendo las 5:00 p.m. del día veintuno (21) de Abril del dos mil cinco (2005), ante la presencia del Doctor JAIRO IVAN RAMIREZ GARCIA , Director, y demás miembros de la Junta Directiva del INSTITUTO INFORTEC, se llevo a cabo la ceremonia de entrega del certificado de AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLÓGICO al alumno (a) CAMILLA ANDREA CAMPOS CARDENAS quien lleno todos los requisitos que los estatutos y reglamentos del Instituto exigen, según aprobación emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá por medio de la resolución No 4998 del 2 de Enero de 1.990 y No 03 del Ministerio de Salud.

Para constancia se firma.


JAIRO IVAN RAMIREZ GARCIA
Director

DIRECTOR

REPUBLICA DE COLOMBIA
ASOCIACIÓN PARA LA ENSEÑANZA DE TÉCNICAS LABORALES



Astedent
Profesionales en la Enseñanza Técnica

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con autorización oficial según Acuerdo ejecutivo No. 0110 del 5 de febrero de 2010 de la comisión Intersectorial para el Talento Humano en salud,
Resolución No. 02-0073 11 de noviembre de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

CERTIFICA QUE

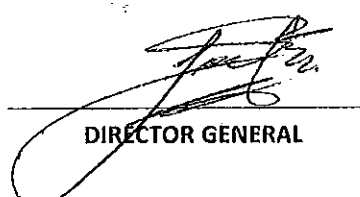
CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS

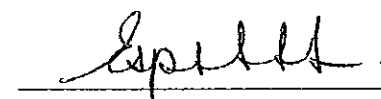
Identificada con C.c. No. 52531500 expedida en Bogotá D.C.

Realizó el curso Básico de Protección Radiológica para dar cumplimiento a la Resolución No. 9031 de Julio de 1990 del
Ministerio de Salud.

Con una intensidad horaria de 30 horas curriculares

Dado en Bogotá D.C. a los 04 días del mes de DICIEMBRE del año 2011


DIRECTOR GENERAL



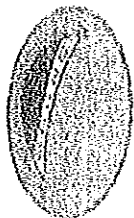
DIRECTORA DEL CURSO

DRA. MA. ESPERANZA CASTELLANOS

FÍSICA, FÍSICA MEDICA, PHD Lic. Min Protección Social 2854 de 2011

Registro Folio No. 29 del libro de certificados 1





más cerca

NIT:900388162-5

CERTIFICA QUE:

La señora **CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS** identificada con la cedula de ciudadanía No. 52531500 de Bogotá, laboro en nuestra empresa desde el día 3 de Diciembre de 2016 al 8 de Julio de 2017, devengando un salario de \$737.717 pesos mensuales, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ODONTOLOGIA**, con un contrato por obra labor.

El presente certificado se expide en Bogotá a los 5 días del mes de Julio de 2017, a solicitud del interesado.

Atentamente



Cra. 7 No. 13-20 piso 2 Bos. 721-200-7200-74

ALBEIRO ASCANCIO

LIDER CLINICAS

FACIL REIR UNIDADES DE ESTETICA DENTAL
3008020833

FONTIBON: Cra 99 -20c-25

SOACHA: Cra 7 -15-62 piso 2

CHAPINERO: Cra 13 -52a-20 piso 2

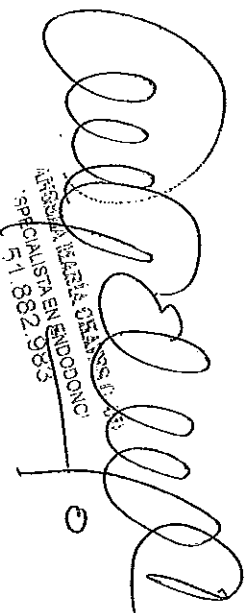
BOSA: Transv 781 569 B-12 Sur

ANGELA MARIA CHAVES CABRERA
ENDODONCISTA

A QUIEN CORRESPONDA

Hago constar que la señora **CAMILA ANDREA CAMPOS CÁRDENAS** identificada con cédula de ciudadanía # 52.531.500 de Bogotá, trabajó en el consultorio de mi propiedad como **AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA**, cargo que desempeñó a cabalidad del 2 de Febrero al 30 de Agosto de 2016, con salario mensual de 1. 000.000 de pesos bajo contrato a término indefinido.

Dada en la ciudad de Bogotá, a los 5 días del mes de Julio de 2017 por solicitud de la interesada



ANGELA MARIA CHAVES CABRERA
ENDODONCISTA
Especialista en Endodoncia
C.C. 51.882.983

LAVANDERIA ROCA ...

NIT: 52531500-9

A QUIEN INTERESE

Certifico que la señora **CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS** identificada con cedula de ciudadanía #5231500 de Bogotá, laboro en la empresa desde el día 28 de Julio de 2014 al 01 de Julio de 2017, desempeñando el cargo de administradora, con un contrato a termino indefinido, salario de \$1.200.000.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Julio 2017.

Atentamente,

LAVANDERIA ROCA

NIT. 52.531.500-9



Calle 44 No. 2 D-28

Tel. 901 05 24 Cel. 310.587 48 73


BERNARDA CARDENAS CALVO.

C.C. 21150299 Yacopi.

3124783176



CityDent®
CLINICAS DENTALES DE COLOMBIA

Tu sonrisa
nuestro compromiso

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que el señor(a) **CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.531.500 laboró en nuestra empresa con contrato a término **Indefinido**, desde el **03 DE SEPTIEMBRE DE 2008** hasta el **4 DE JULIO DE 2014** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA**.

La presente certificación se expide a solicitud del(la) interesado(a), dado el 07 de Julio de 2017 en la ciudad de Bogotá.

Para mayor información de ser necesario, se pueden comunicar al PBX 7433880.

Cordialmente,

GRUPO EMPRESARIAL
P & P S A S
NIT 900.170.425.1
PBX 403.1

ALBERTO PINZON B.
Recursos Humanos
Grupo Empresarial P&P S.A.S

Nuevo PBX 493 1000

CIMA
Av. Prodilio No. 3E-139

QUIMICUA
Transv. 94A No. 80A-87

CHAPIRERO
Cra. 13 No. 57-39

AV. 1a. DE MAYO (1)
Av. 1 Mayo No. 69C-30 Sur

TINTAL 1
Calle 38 Sur No. 86-07

VENECIA 1
Autopista Sur No. 54A-67/69

BOGOTÁ 1
Cra. 80 No. 55-20 Sur

CEDEUITOS
Av. 19 No. 135-05

FONTECÓN
Cra. 100 No. 22J-11

RESTIPEO 1
Transv. 21A No. 21-08 Sur

AV. 1a. DE MAYO (2)
Av. 1 Mayo No. 69A-16 Sur

TINTAL 2
Calle 38 Sur No. 86-15

VENECIA 2
Autopista Sur No. 54B-11

BOGOTÁ 2
Cra. 80 No. 55-36 Sur

SIDA
Calle 142 No. 103F-79

SALTINE
Av. La Esmeralda No. 69K-80

RESTIPEO 2
Transv. 21A No. 21A-48 Sur

MINIPEYO
Transv. 74F No. 40-03 Sur

BOGOTÁ PLAZAVENTE
Transv. 78L No. 68-29

BOGOTÁ TIERRAS
Cra. 88C No. 56F-97 Sur

BOGOTÁ CENTRO
Calle 65 No. 80C-04 Sur

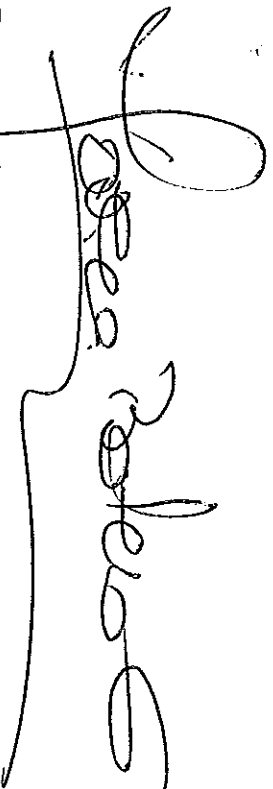
Bogotá, Julio 7 de 2017

A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente certifico que la Señora Camila Campos Cárdenas identificada con C.C. 52.531.500 de Bogotá, laboró en mi empresa en un periodo comprendido entre el 30 de Junio de 2006 al 30 de agosto de 2008. Desempeñando el cargo de auxiliar de odontología, con un contrato a término indefinido.

Durante su permanencia en mi empresa se desempeñó como una persona responsable, honesta, trabajadora y cumplidora de su deber.

Atentamente,



Doctora Mónica Botero Gaviria
Ortodoncista U.A.G



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



CAMILA ANDREA
CAMPOS CARDENAS
C.C. 52531500

AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

Expedición 12/07/2010



CAMILA ANDREA
CAMPOS CARDENAS
C.C. o C.E. 52531500



Secretaría

SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

AUXILIAR DE HIGIENE ORAL

David Alvarado
EFUJA AUTORIZADA

Expedición 20/10/2006



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 1569 de 15/02/2006

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en 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) CAMPOS CARDENAS CAMILA ANDREA Identificado(a) con CC número 52531500 expedida en SANTAFE DE BTA solicito ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE HIGIENE ORAL otorgado por EL INSTITUTO DE EDUCACION INFORTEC el día 21/04/2005 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 CAMPOS CARDENAS CAMILA ANDREA identificado(a) con CC número 52531500 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE HIGIENE ORAL 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 15/02/2006

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

Directora de Desarrollo de Servicios.

Elaboro: Víctor Sánchez
Revisó: Adriano Lozano

Bogotá, D.C. <u>20-10-06</u>
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) <u>Carmela Campos</u>
CC. # <u>52.531.500 Bto</u>
Firma <u>Carmela Campos</u>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 12001 de 09/12/2009 **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 contenidas 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) CAMPOS CARDENAS CAMILA ANDREA identificado(a) con CC número 52531500 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLÓGICO otorgado por EL INSTITUTO DE EDUCACION INFORTEC el día 21/04/2005, 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 CAMPOS CARDENAS CAMILA ANDREA identificado(a) con CC número 52531500 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLÓGICO 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 09/12/2009

ORDENADA POR EL

Dr. Herman Redondo Gómez

HERMAN REDONDO GÓMEZ Secretario
Director de Desarrollo de Servicios

Elaboro : Víctor Sánchez
Revisó : Yudy Rodríguez

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

Bogotá D.C., 2 de Diciembre de 2018 - 20:48 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS

52531500

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 figuren 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 Jazmín 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_PDZCU_4820
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:36:17 horas del 02/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52531509

Apellidos y Nombres: **CAMPOS CARDENAS CAMILA ANDREA**

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.
[Volver al Inicio](#)





CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 02 de diciembre de 2018, a las 20:46:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

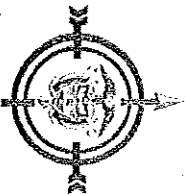
Tipo Documento	CC
No. Identificación	52531500
Código de Verificación	52531500181202204623

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
CONTRALORIA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



**PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION**

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118677087**



WEB

20:43:10

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52531500:

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 establece 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.

División Centro de Atención al Público (CAP)

Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co

Carretera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Módulo Único de Registro Tributario

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14299879544



(4157707212+83984+8020) 0000014299879544

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 6. DV 12. Dirección seccional

5 2 5 3 1 5 0 0 - 9

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 2 5 3 1 5 0 0

27. Fecha expedición:

1 9 9 7 0 3 0 4

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CAMPOS

32. Segundo apellido

CARDENAS

33. Primer nombre

CAMILA

34. Otros nombres

ANDREA

35. Person social:

36. Nombre comercial:

ROCA ..

37. Signo:

USUARIOS

País:

COLOMBIA

38. Departamento:

Cundinamarca

40. Ciudad/Municipio:

Soacha

7 5 4

41. Dirección principal

CR 9 ESTE 36 89 CON TERRA GRANDE CUATRO ETAPA TRES CASA

42. Correo electrónico:

camilacampos@gmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 3:

45. Teléfono 2:

8 4 0 1 3 4 3 3 1 1 5 9 9 1 2 1 5 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

2 0 1 4 0 7 1 0

Actividad secundaria

48. Código:

4 7 5 5

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 1 0 7 1 0

Otras actividades

50. Código:

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2								

Responsabilidades, Calidades y Atributos

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Firma	56. Tipo
☐	☐

Servicio	1	2	3
57. Modo	☐	☐	☐
58. CPC	☐	☐	☐

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☒ NO ☐

60. No. de Folios:

2

61. Fecha:

2 0 1 4 0 7 1 6

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:

Camila Campos

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

PEDRAZA ROJAS KAROL BETHSABE

985. Cargo:

Gestor



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRICTAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 07-07-2017
Hora: 1:24:42 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 52531500-9 CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS

Información General

Dirección CR 9 ESTE 36 89 CONJ TERRA GRANDE 4
ETAPA CS 3

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Teléfonos 3102245680

Dirección electrónica CAMILACAMPOSK@GMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 05/07/2017

Soporte Inscripción 23273583

Fecha Inicio Actividades 10/07/2014

Actividad 1: 86221-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA ODONTOLÓGICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SAL

Fecha Cese Actividades

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002060084

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente ICA TE TOCA

Cendiatra

centro de diagnóstico y tratamiento

DATOS PACIENTE

Nombres:	CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS		
Tipo de Documento:	CC Documento	52531500	
Sexo	F	F. Nacimiento:	05/09/1978
		Edad:	38 Años
Entidad:	SUBRED INTEGRADA - CONTRATISTA	Cargo:	VISITA DOMICILIARIA
Centro de Costo:	N/A		
Fecha y Hora entrega resultados:	05/07/2017 11.21 AM		



CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD

Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones o Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

CAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):

JOSE ALEJANDRO RODRIGUEZ RM: 7241/2016
MEDINA

Dr. Alejandro Rodríguez Medina
R.M.D. 13.918/1987
C.E.P. S. Especialista
R.M. 7241/2016

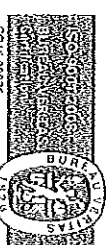
Firma y sello del Médico Evaluador

Camila Campos

CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS

C.C. 52531500

Firma del trabajador Evaluado



ISO 9001:2008
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
CERTIFICADO
COR: 000025

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Tróster Center Tel. (+5) 240 4734 - 240 2035

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio La Amadora
Tel. (+5) 412 1145 - 416 7011

BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 18 No. 3-50 Edificio Berritara
Tel. (+5) 281 4505 - 286 5883 - 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur,
Villomayo Tel. (+5) 458 5819 - 203 9894

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 13-08
Tel. (+5) 282 4128 - 342 4834

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-95
Tel. (+5) 4146397 - 250 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tel. (+5) 257 8253 - 256 2352

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tel. (+5) 257 8253 - 256 2352

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Bussanás Center
Interior 141 - Oficina 408

BUCA RAMANGA
Calle 55 No. 31 - 113 Barrio Antigua Camagrande,
Tel. (+5) 597 37 84 - 301 737 28 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzani Alto
Tel. (+5) 874 0918 - 874 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector La Amador,
Calle 32 No 208 - 21 Piso 2 Tel. (+5) 344 59 77

SEDE BARBANCILLA
Carrera 51 B No. 94 - 324 Oficina 504 Centro Médico Vici

SEDE CALI
Calle 18 Norte No. 41 A - 47 Barrio Verdadales
Tel. (+5) 380 9595 - 382 7337



VISIOMETRIA

NOMBRE Camilo Andrya COMPOS COMPOS FECHA 14-12-24 EDAD 29 SEXO ☐ M ☒ F

CC OTI 52.531.500 OCUPACION Técnico INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐
EMPRESA Subteld SOY ≡ ULTIMO CONTROL 6 Años

AVSC:	OD	VL	VP	AVCC:	OD	VL	VP
	01	VL	VP		01	VL	VP
		<u>20/25</u>	<u>20/25</u>				
		<u>20/30</u>	<u>20/25</u>				

EXAMEN EXTERNO

OD	NORMAL	☒	/ OBSERVACIONES
01	NORMAL	☒	/ OBSERVACIONES

EXAMMEN MOTOR

OD	NORMAL	☒
DI	NORMAL	☐

VERSIONES NORMAL ☐

HISBERG

COVER TEST

OF TALMOSCOPIA

DD	NORMAL	☒ / OBSERVACIONES
01	NORMAL	☒ / OBSERVACIONES

TEST ISHIHARA.

OD	NORMAL	☒ / OBSERVACIONES
01	NORMAL	☒ / OBSERVACIONES

ESTEREOPSIS

IDX lee el deposito de provision

OBSERVACIONES

Eulises Ortiz Rodríguez
R.M. 181492
Médico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Audiología en Salud

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ESPECIALISTA

07/00/500/CS/25/28

RM reduction 6068

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

Conservelo



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

Ministerio de Salud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Camilo andrés

Apellidos:

Campos Cardeno

Documento de Identidad:

C.C. T.I. Pasaporte No. **52531500**

Fecha de Nacimiento:

Día **05** Mes **09** Año **1978**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hematitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U	12-12-14	83876 ³	Sub red sov Jose dique
Virus de Papiloma Humano				



Medellín, 03 de diciembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 52531500 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 19/07/2017

Fecha fin cobertura: 15/11/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERMEDIACIÓN, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSIS, 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 SERVICIOS DE SALUD, CON INTERMEDIACIÓN, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSIS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERMEDIACIÓN, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSIS, 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.artsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C525315001833730922

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:

03/12/2018 8:35 AM

VIGILADO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.

NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS**, identificado(a) con CC **52531500**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 25/11/2000
Se expide a solicitud del interesado el 02/12/2018.

Cordialmente,

Gerente de Clientes



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CAMILA ANDREA CAMPOS CARDENAS identificado(a) con CC 52531500 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 03/11/2003

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 02 días del mes de diciembre 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.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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

Bogotá D.C. Diciembre 2018.

Señores:

Por medio de la presente, yo Camila Campos Cardenas identificado con número de documento 52531500, 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: Camila Campos Cardenas.

No. Documento: 52531500.

Teléfono: 310 2245680.