Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

## A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROCESO SOLICITANTE: | PC y SC | FECHA | | Nº FOLIOS | |
| NOMBRE DEL CANDIDATO | Aleydi Rodriguez J. | | DOCUMENTO: | 52.120.283 | |
| TELEFONO | 314 225 5981 | | ACTIVIDAD SOLICITADA: | Trabajador Social | |

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

## B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | NECESIDAD DE PERSONAL OPS | | | | | |
| | SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | | | | | |
| | CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | SI | ☐ | NO | ☐ | |

## C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNE, GUARDADA EN MEDIO MAGNETICO CON FORMATO .JPG | SI | ☒ | | | |
| 2 | SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017) | SI | ☒ | | | |
| 3 | FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO) | SI | ☒ | | | |
| 4 | DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995) | SI | ☒ | | | |
| 5 | DIPLOMAS ACADÉMICOS | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 6 | ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 7 | CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES | SI | ☐ | NO | ☒ | |
| 8 | SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCION DE CONVALIDACION DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 9 | FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADEMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Tecnicos, Tecnologos, Profesionales) | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 10 | CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 11 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150% | SI | ☒ | | | |
| 12 | REGISTRO UNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT). CODIGO CIIU _____ | SI | ☒ | | | |
| 13 | REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT | SI | ☒ | | | |
| 14 | LIBRETA MILITAR (Hombres) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 15 | TARJETA PROFESIONAL | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 16 | RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 17 | CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCION EN RETHUS (Personal de salud) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 18 | ANTECEDENTES ETICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermeria, Odontologia, Derecho, Ingenierias, Contaduria, Administracion) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 19 | CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes ( - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva) | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 20 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013) | SI | ☒ | | | |
| 21 | CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalizacion y Consulta Externa) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 22 | CARNE DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 23 | CERTIFICADO DE FORMACION EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citohistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolucion 2003 de 2014 | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 24 | CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermeria, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 25 | CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Medicos Urgencias, atencion ambulatoria SPA, salud mental y personal APH) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 26 | CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 27 | LICENCIA DE CONDUCCION (Conductores) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 28 | ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 29 | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella | SI | ☒ | | | |
| 30 | CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Compensar | SI | ☒ | | | |
| 31 | CERTIFICADO DE AFILIACION A FONDO DE PENSION - NOMBRE: Colpensiones | SI | ☒ | | | |
| 32 | FORMULARIO DE AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE) - NOMBRE: Seguros Bolivar | SI | ☒ | | | |
| 33 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses) | SI | ☒ | | | |
| 34 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses) | SI | ☒ | | | |
| 35 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses) | SI | ☒ | | | |
| 36 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses) | SI | ☒ | | | |
| 37 | CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta) | SI | ☒ | | | |

## D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| V°/B° Responsable Talento Humano | | Fecha: | |
| V°/B° Dirección Talento Humano | | Fecha: | |

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| **Género** | |
| **Cargo** | |
| **Título** | |
| **Nombre completo** | |
| **Nombre y apellido** | ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ |
| **Código del empleado** | |
| **Tipo de documento** | |
| **Número de documento** | |
| **Fecha de emisión** | |
| **Expedido por** | |
| **Fecha de expiración** | |
| **Dirección** | |
| **Código postal** | |
| **Estado** | |
| **Municipio** | |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | aleyder1972@hotmail.com |
| **Teléfono** | |
| **Celular** | 312255931 |
| **Número de fax** | |

## Configuración

| | |
|---|---|
| **Zona horaria** | (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| **Idioma** | Español (Colombia) |
| **Configuración regional** | Spanish (Colombia) |

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | ¿Cuál es tu apodo? |
| **Respuesta** | muma |
| **Celular** | 312255931 |

Editar

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-ene-2019

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| RODRIGUEZ | SUAREZ | ALEYDER |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52120283

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 10 MES AGO AÑO 1972

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 77 h Bis No 58-38 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4604426

EMAIL aleyder1972@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 BASICA | | | | | | | | | | | TITULO BACHILLER ACADEMICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES NOVIEMBRE AÑO 1990 |
| | | | | | | | | | | X | |

*EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)*

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TEMINACIÓN MES | TEMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ES | 2 | X | | ESPECIALISTA EN PROMOCION EN SALUD Y DESARROLLO HUMANO | 3 | 2017 | |
| UN | 8 | X | | TRABAJADOR (A) SOCIAL | 12 | 1997 | 088295211 |

FORMATO UNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-ene-2019

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: a2rodriguez@saludcapital.gov.co | |
| *TELÉFONOS*: 3649090 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 10 AÑO 2016 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 10 AÑO 2018 | |
| *CARGO O CONTRATO*: PROFESIONAL ESPECIALIZADO | *DEPENDENCIA*: DIRECCION DE PARTICIPACION SOCIAL | *DIRECCIÓN*: CARRERA 32 No 12 81 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: 3649090 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 19 MES 6 AÑO 2015 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 18 MES 2 AÑO 2016 | |
| *CARGO O CONTRATO*: PROFESIONAL ESPECIALIZADO | *DEPENDENCIA*: SUBDIRECCION TERRITORIAL RED | *DIRECCIÓN*: CALLE 13 N 32 81 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: 3649090 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 11 AÑO 2014 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 17 MES 5 AÑO 2016 | |
| *CARGO O CONTRATO*: PROFESIONAL ESPECIALIZADO | *DEPENDENCIA*: DIRECCION DE PARTICIPACION SOCIAL | *DIRECCIÓN*: CALLE 12 No 32 81 | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-ene-2019

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | |
| TELÉFONOS: 3649090 | FECHA DE INGRESO: DIA 26 MES 8 AÑO 2013 | FECHA DE RETIRO: DIA 10 MES 10 AÑO 2014 | |
| CARGO O CONTRATO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO | DEPENDENCIA: DIRECCION DE PARTICIPACION SOCIAL | DIRECCIÓN: CALLE 12 No 32 81 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | |
| TELÉFONOS: 3649090 | FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 5 AÑO 2013 | FECHA DE RETIRO: DIA 1 MES 8 AÑO 2013 | |
| CARGO O CONTRATO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO | DEPENDENCIA: DIRECCION DE PARTICIPACION SOCIAL | DIRECCIÓN: CALLE 12 No 32 81 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | |
| TELÉFONOS: 3649090 | FECHA DE INGRESO: DIA 14 MES 9 AÑO 2012 | FECHA DE RETIRO: DIA 28 MES 3 AÑO 2013 | |
| CARGO O CONTRATO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO | DEPENDENCIA: DIRECCION DE PARTICIPACION SOCIAL | DIRECCIÓN: CALLE 12 No 32 81 | |

FORMATO UNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

Última Actualizacion: 17-ene-2019

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: 3649090 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 4 AÑO 2012 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 2 MES 9 AÑO 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO*: PROFESIONAL ESPECIALIZADO | *DEPENDENCIA*: DIRECCION DE PARTICIPACION SOCIAL | *DIRECCIÓN*: CALLE 12 No 32 81 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: 3649090 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 3 AÑO 2011 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 2 AÑO 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO*: PROFESIONAL ESPECIALIZADO | *DEPENDENCIA*: DIRECCION DE PARTICIPACION SOCIAL | *DIRECCIÓN*: CALLE 12 No 32 81 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: 3649090 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 3 AÑO 2008 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 10 MES 11 AÑO 2008 | |
| *CARGO O CONTRATO*: PROFESIONAL UNIVERSITARIO | *DEPENDENCIA*: DIRECCION DE ASEGURAMIENTO | *DIRECCIÓN*: CALLE 12 No 32 81 | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

Última Actualizacion: 17-ene-2019

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | X | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3649090 | DIA 4 MES 4 AÑO 2007 | DIA 15 MES 2 AÑO 2008 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| PROFESIONAL UNIVERSITARIO | DIRECCION DE ASEGURAMIENTO | CALLE 12 NO 32 81 |

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| PUBLICO | 8 | 12 |
| PRIVADO | 0 | 0 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 8 | 12 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Aleyda Rodriguez S

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO UNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-ene-2019

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 17-ene-2019

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52120283 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** CRA 77 h Bis No 58-38 sur **Teléfonos** 3142255931 4604426

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| JOHAN CAMILO RODRIGUEZ RODRIGUEZ | 1031154133 | HIJO(A) |
| MARIA EVA SUAREZ . | 41345495 | MADRE |
| EVA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ | 1016733744 | HIJO(A) |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 61.551.000,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 1.119.000,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 0,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 19.737.000,00 |
| TOTAL | $ 82.407.000,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | 0079009766 | AHORROS | QUINTA PAREDES | $ 100.000,00 |
| DAVIVIENDA | AHORROS | 007900279766 | QUINTA PAREDES | $ 10.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| PROPIO | CASA | $ 47.000.000,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| AVILLAS | CREDITO HIPOTECARIO | $ 20.000.000,00 |

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| HECTOR RODRIGUEZ PERDOMO E | **C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯ | 79136152 |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|

## 3. FIRMA

Hayder Rodriguez S

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 17-ene-2019

**CIUDAD Y FECHA**

# LA UNIVERSIDAD DE LA SALLE

Personería Jurídica
Resolución 0597 del 12 de Febrero de 1965

EN ATENCION A QUE

## Aleyder Rodriguez Suárez

C.C. 52'120.283 de Bogotá, D.C.

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA OPTAR EL GRADO UNIVERSITARIO EN LA FACULTAD DE

## Trabajo Social

LE OTORGA
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL TITULO DE **Trabajadora Social**

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA

EN SANTA FE DE BOGOTA, D.C. A LOS 5 DIAS DEL MES DE Diciembre AÑO DE 1997

Fabio Gallego Arias, f.s.c. — Rosa M. Vargas de Roa — Guillermo Parlqueva Morales

Registro Oficial CFC
Anotado al Folio 113 Libro VI

# UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

*Resolución 828 de marzo 13 de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional*
*Acuerdo 022 de octubre 15 de 2003 expedido por el Consejo Superior Universitario*

*En atención a que:*

**Aleyder Rodríguez Suárez**

*C. C. No.* 52.120.283 *De* Santafé de Bogotá D.C.

*Ha cumplido los requisitos y disposiciones legales, para optar al Título de*

**Especialista en Promoción en Salud y Desarrollo Humano**

*le otorga el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de ello se expide en la ciudad de Bogotá, D.C. - República de Colombia, el día* 11 de Agosto de 2006.

*Rector*

*Decano*

*Secretario General*

*Libro* 03 *Acta* -18 *Folio* -15 *Registro* 8862
*Bogotá, D.C., día* 11 *mes* 08 *año* 2006

# UNIVERSIDAD DE LA SALLE

## COPIA ACTA DE GRADO No. 15031

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. el día 5 del mes de DICIEMBRE de 1997 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Hno. FABIO GALLEGO ARIAS en el cual la Universidad De La Salle, autorizada para el efecto según Acuerdo 005 del día 7 del mes de marzo de 1996, del Consejo Directivo y previo juramento reglamentario, confirió el título de

**TRABAJADORA SOCIAL**

a **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ**

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 52.120.283 de Bogotá, quien cumplió con los requisitos académicos, con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Universidad y con las normas legales, y le otorgó el Diploma No. 14458 que lo (a) acredita como Profesional, para lo cual presentó MONOGRAFIA: "ESTADO DEL ARTE DE LA INVESTIGACION UNIVERSITARIA DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD 1985-1995 CASO BOGOTA" . Calificado como APROBADO. En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. a los 5 días del mes de DICIEMBRE de 1997.

"El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Rector, y el Secretario General".

Santa Fe de Bogotá D. C. Diciembre 5 de 1997

GUILLERMO PANQUEVA MORALES
Secretario General

ejg.

UNIVERSIDAD DE LA SALLE
Folio 070
Anotación 113 Libro 4
Santa Fé de Bogotá, D.C. República de Colombia
Día 5 Mes XII Año 1997

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA**
*60 Años*

# ACTA DE GRADO No. 18

En Bogotá, D.C., República de Colombia, el once (11) de agosto de dos mil seis (2006), se reunieron en la RECTORÍA-SALA DE JUNTAS, de la UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA: el Rector, doctor MIGUEL AUGUSTO GARCÍA BUSTAMANTE; la Decana de la Facultad de CIENCIAS SOCIALES, doctora PATRICIA DUQUE CAJAMARCA y la Secretaria General de la Universidad, doctora CARMEN ELIANA CARO NOCUA, con el fin de presidir la Ceremonia de Grado de:

**ALEYDER RODRÍGUEZ SUÁREZ**
**C.C. 52.120.283 de Santafé de Bogotá D.C.**

Quien terminó sus estudios, cumplió los requisitos de Ley y los Reglamentos de la Universidad, para obtener el título de **ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN EN SALUD Y DESARROLLO HUMANO.**

Resolución 828 del 13 de marzo de 1996, del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdo 022 del 15 de octubre de 2003, del CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO.

Previo juramento se hizo entrega del diploma a la graduanda.

(Fdo.) El Rector, MIGUEL AUGUSTO GARCÍA BUSTAMANTE
(Fdo.) La Decana de la Facultad, PATRICIA DUQUE CAJAMARCA
(Fdo.) La Secretaria General, CARMEN ELIANA CARO NOCUA

Para constancia firma la presente acta,

LA SECRETARIA GENERAL,

**CARMEN ELIANA CARO NOCUA**

*Registro Diploma **8862** Libro No. 3 – 11 de agosto de 2006*

*Magda A.*

Bogotá D.C

Señores:

Universidad de la Salle

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Aleyder Rodriguez Suarez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Trabajadora Social

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Aleyder Rodriguez S

No. de documento: 52120283

Tarjeta profesional No: 088295211-R

Dirección de contacto: Cra 77 H Bis N-58-38 Sur

Teléfono: 3142255931

**LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE CONTRATACION**

**CERTIFICA QUE:**

Revisada la base de datos de los documentos de la gestión contractual de la Secretaria Distrital de Salud, se evidencio que: **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD,** suscribió con **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ** con cedula de ciudadanía Nº 52.120. 283 Contrato que a continuación se relaciona con sus condiciones y especificaciones

**CONTRATO Nº. 0252-2011**- Suscrito el día 11 de Marzo de 2011 con el Fondo Financiero Distrital de Salud.

**OBJETO:** Brindar asistencia tecnica y asesoria a las oficinas de Participación Social de la SDS, ESE, ARS, CADE, Y súper CADE a fin de propender por el mejoramiento continuo de estas dependencias, direccionado su desarrollo organizacional y estratégico hacia la gestión social integral.

**VALOR INICIAL:** TREINTA Y DOS MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS ($32.056.000) MCTE.

**FECHA DE INICIO:** Once (11) de Marzo de 2011.

**PLAZO DE DURACION DEL CONTRATO**: Ocho (08) meses.

**VALOR DE LA PRORROGA:** DOCE MILLONES SEIECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($12.688.833) MCTE.

**PRORROGA:** Tres (03) meses y Cinco días.

**FECHA FINAL DEL CONTRATO:** Quince (15) de Febrero de 2012.

**Las obligaciones establecidas en el contrato fueron:**

1. Entregar un plan de trabajo para el desarrollo de las obligaciones contractuales de acuerdo con los alineamientos del supervisor(a), dentro de los primeros diez (10) días calendario posteriores a la firma del acta de inicio del contrato.
2. Realizar acciones de asistencia técnica (asesoría, acompañamiento y capacitación) a las oficinas de Participación Social de las ESE y EPS para promover procesos de participación social que continúen impulsando la implementación de la política Publica de Participación Social en Salud y Servicio al ciudadano; y las diferentes políticas públicas en salud en el contexto de la gestión social integral-
3. Fortalecer la capacidad institucional de las oficinas de participación social de las ESE y EPS a través de la socialización e implementación de los protocolos definidos para el funcionamiento de las mismas.

4. Diseñar e implementar un proceso de información con los COPACOS, Comités de Ética y Asociaciones de Usuarios para fortalecer su gestión e impulsar el ejercicio de ciudadanía activa en el marco de la Política Publica de Participación Social en Salud y Servicio del ciudadano.
5. Promover e impulsar un trabajo de articulación con las Alcaldías Locales y las oficinas de Participación Social de las ESE de I nivel, para fortalecer su gestión con el Comité de Participación comunitaria- COPACO, conforme a las competencias asignadas.
6. Actualizar periódicamente el diagnostico situacional de las oficinas de participación social de las ESE y EPS y definir planes de mejoramiento.
7. Generar y propiciar la articulación de los procesos de las oficinas de participación social al ciudadano de ESE y EPS; de las formas de participación con los procesos de gestión territorial.
8. Asistir a las reuniones periódicas programadas de común acuerdo con el supervisor(a).
9. Sistematizar permanentemente el avance de los procesos relacionados con sus obligaciones contractuales.
10. Entregar reporte mensual de metas según lo definido en el POA de la Dirección.
11. Entregar al finalizar el contrato un informe (impreso y en magnético) que de cuenta de la sistematización del proceso desarrollado que incluya aspectos de carácter cuantitativo y cualitativo, los logros alcanzados, las dificultades identificadas, las acciones ejecutadas para superarlas y un proyecto de la ruta a seguir.
12. Entregar de manera formal al finalizar en contrato, los archivos (impresos y magnéticos) soporte de las obligaciones y acciones ejecutadas.
13. Realizar todas aquellas acciones de carácter administrativo que con lleven al cumplimiento de su objetivo contractual

Esta solicitud se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre de 2016

**CLAUDIA PATRICIA HERRERA LOGREIRA**
**Subdirectora de Contratación**

Elaboro Camilo Sánchez M
Reviso: Giselle Ingrid Pava Arias
Radicado: 2016ER68763
Fecha de Radicación: 30/09/2016

**LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE CONTRATACION**

**CERTIFICA QUE:**

Revisada la base de datos de los documentos de la gestión contractual de la Secretaria Distrital de Salud, se evidencio que: **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD,** suscribió con **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ** con cedula de ciudadanía Nº 52.120. 283 Contrato que a continuación se relaciona con sus condiciones y especificaciones

**CONTRATO Nº. 0118-2008**.- Suscrito el día 15 de Marzo de 2008 con el Fondo Financiero Distrital de Salud.

**OBJETO:** Prestar servicios en la Direccion de Aseguramiento –Servicios al Vinculado, como Profesional en el Trabajo Social en el proceso de respuesta, tramite, seguimiento y cierre a las peticiones, quejas y reclamos presentadas por los usuarios relacionados con la presentación de servicios

**VALOR INICIAL:** VEINTIUN MILLONES SEIECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO DOCE PESOS ($21.645.112) MCTE.

**FECHA DE INICIO:** Once (11) de Marzo de 2008.

**PLAZO DE DURACION DEL CONTRATO**: Ocho (08) meses.

**FECHA FINAL DEL CONTRATO**: Diez (10) de Noviembre de 2008.

**Las obligaciones establecidas en el contrato fueron:**

1. Responder y resolver los derechos de petición quejas y reclamos relacionados con el acceso a los servicios de salud de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la población participante vinculada en coordinación con la Dirección de Aseguramiento en Salud y la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano de la CDS, personal, telefónica, y por escrito.
2. Coordinar su quehacer de manera permanente con las E.S.E.,EPS-S Secretaria de Integración Social, Instituto Colombiano de Bienestar Social, entre otras instituciones, a fin de dar respuesta oportuna y de calidad a las peticiones de los usuarios.
3. Recopilar información sobre temas controversiales e prestación de servicios por parte de los usuarios, EPS-S, EPS, ESE e IPS, a fin de presentar reportes oportunos a la Dirección de Aseguramiento.
4. Presentar diagnostico a la Dirección de Aseguramiento en Salud sobre el motivo de los derechos de petición, quejas y reclamos recepcionados o remitidos a la Dirección en mención de la SDS durante el año 2008 para el desarrollo de las estrategias del mejoramiento.

5. Realizar el análisis de las estadísticas de derechos de petición, quejas y reclamos presentados sobre aseguramiento en salud y presentar informe que contenga análisis específicos de los requerimientos contestados incluyendo una caracterización completa de los mismos.
6. Participar en la planeación, programación, organización, ejecución y control de las actividades inherentes al objeto del contrato.
7. Clasificar los requerimientos de acuerdo a las prioridades establecidas por el tipo de requerimiento y el plazo para su respuesta.
8. Realizar la verificación de derechos en salud u búsqueda de antecedentes de conformidad con la información suministrada por los pacientes o que lleguen a tener la Direccion de Aseguramiento.
9. Realizar seguimiento social de caso (incluidas visitas), documentar y organizar la información para dar respuesta efectiva al usuario en los plazos legalmente establecidos, en coordinación con las entidades implicadas.
10. Proyectar los requerimientos pertinentes a ESE, EPS-S, e IPS, privadas de acuerdo a las solicitudes presentadas y realizar seguimiento a las respuestas y cierre del caso.
11. Presentar al supervisor del contrato mensualmente informe de actividades ejecutadas y avance de las mismas, en donde se exprese de manera oportuna las posibles dificultades en el desarrollo de las labores objetos del contrato.
12. Presentar al supervisor del contrato plan de trabajo al inicio del contrato y de manera mensual con cronograma de desarrollo de actividades y el grado de avance programado en las mismas.
13. Apoyar los procesos de la Direccion de Aseguramiento en Salud.
14. Efectuar backup de la información a su cargo generada en cumplimiento de la ejecución del contrato y hacer entrega de dicha información debidamente organizada a la finalización del mismo en medio magnético y físico.
15. Entregar al supervisor del contrato periódicamente los recibos de pago de aportes al sistema general de Seguridad social Integral.
16. Presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la terminación el mismo, un informe final (en original y copia) de la ejecución del contrato, anexando los documentos técnicos generados en el desarrollo del mismo.
17. Las demás que se requieran, y sean asignadas por el supervisor del contrato, de acuerdo con la naturaleza del mismo.
18. Apoyar el seguimiento técnico a los contratos de prestación de servicios de salud.
19. Al finalizar contrato entregar informe donde conste el trámite efectuado del 100% de la correspondencia asignada

Esta solicitud se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre de 2016

**CLAUDIA PATRICIA HERRERA LOGREIRA**

**Subdirectora de Contratación**

Elaboro Camilo Sánchez M
Reviso: Giselle Ingrid Pava Arias
Radicado: 2016ER68763
Fecha de Radicación: 30/09/2016

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LA SUSCRITA DIRECTORA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C.

**HACE CONSTAR:**

Que revisados los documentos que reposan en la Historia Laboral de la servidora pública ALEYDER RODRÍGUEZ SUÁREZ identificada con cédula de ciudadanía No. 52.120.283 de Bogotá, se constató que fue nombrada provisionalmente mediante Resolución No. 1478 del 14 de septiembre de 2016, en el empleo denominado Profesional Especializado Código 222 Grado 24 de la Subdirección Territorial Red Centro Oriente, y posesionada el 10 de octubre de 2016.

Que a través de la Resolución No. 0707 del 29 de mayo de 2015, *"Por la cual se ajusta el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales para los empleos de la planta de personal de la Secretaria Distrital de Salud"* el empleo denominado Profesional Especializado Código 222 Grado 24 de la Subdirección Territorial Red Centro Oriente, tiene asignadas las siguientes funciones:

1. Implementar el proyecto de inversión de la Subdirección Territorial correspondiente además de establecer un seguimiento técnico, administrativo y financiero durante la etapa contractual para garantizar el cumplimiento de las políticas y las metas del sector a nivel Distrital.
2. Realizar asistencia profesional a las Alcaldías y a los Alcaldes Locales en asuntos relacionados con la participación y gestión territorial en salud con la oportunidad requerida y según las directrices del jefe inmediato.
3. Diseñar lineamientos metodológicos enfocados a promover la participación social por el derecho a la salud según las problemáticas establecidas en los diagnósticos poblacionales, ciclo vital, de mujer, género y diversidad sexual, población en situación o condición de discapacidad y en la temática salud y ambiente con el fin de cumplir integralmente con lo propuesto en el marco jurídico de las transversalidades.
4. Brindar asistencia profesional a las Oficinas de Participación Social y Atención al Usuario de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y Entidades Promotoras de Salud EPS y a las Formas de participación social en salud legalmente constituidas para generar un mejoramiento integral en todas las dependencias y el sector salud
5. Desarrollar, evaluar y articular las actividades de los procedimientos administrativos con cada uno de los referentes establecidos al interior de la subdirección y al interior de la SDS e instancias transectoriales para generar un cumplimiento de las directrices establecidas en la Secretaría de Salud Distrital.
6. Desarrollar procesos y actividades intersectoriales en las localidades para construcción de agendas sociales locales y territoriales, canalización efectiva a servicios sociales de población detectada.

Continuación certificación de la servidora pública ALEYDER RODRÍGUEZ SUÁREZ

7. Desarrollar y establecer la habilitación de escenarios que propendan por la respuesta al derecho a la salud de los ciudadanos y/o colectivo, en donde se contemplen procesos de información, formación, movilización, gestión resolutiva, exigibilidad jurídica, política y social que serán ubicados en cada una de las redes del Distrito Capital de manera efectiva y oportuna.
8. Desarrollar la investigación social en salud, como sustento para los procesos de planificación en la resolución de los problemas emergentes de salud con la oportunidad requerida.
9. Desarrollar acciones de fortalecimiento de procesos Inter-red en un intercambio dinámico en contextos reales, teniendo en cuenta escenarios de construcción permanente y la normatividad vigente.
10. Articular el desarrollo de procesos, programas y proyectos en salud con perspectiva territorial y la prestación de servicios por las Redes integradas de Servicios de Salud con efectividad y de acuerdo a la normatividad vigente.
11. Realizar la supervisión de los contratos y/o convenios designados por el ordenador del gasto de la Entidad, de conformidad con la normatividad vigente.
12. Realizar seguimiento análisis y evaluación de los procesos y actividades que le sean asignados de manera oportuna y de acuerdo a la normatividad vigente.
13. Desempeñar las demás funciones relacionadas con la naturaleza del cargo, el área de desempeño y las que le sean asignadas por el jefe inmediato.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, el día 26 de diciembre de 2016.

GRACIELA CECILIA RETAMOSO LLAMAS

Elaboro: Sandra Gómez Hortua
Revisó: Mabel Gicela Hurtado Sánchez

**LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE CONTRATACION**

**CERTIFICA QUE:**

Revisado el archivo de gestión documental se evidencio que: **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD,** suscribió con **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.120.283, el contrato de prestación de servicios celebrado con las siguientes, condiciones y especificaciones:

**N°.** 1208 de 2015 suscrito el día 19 de junio de 2015, cuyo objeto consistió en:

Prestar los servicios especializados para brindar asistencia técnica y acompañamiento en la gestión territorial para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos del Distrito Capital, con un plazo de ejecución de ocho (8) meses, contados a partir del diecinueve (19) de junio de 2015 al dieciocho (18) de febrero de 2016. El valor ejecutado del contrato fue la suma de cuarenta y siete millones quinientos veinte mil pesos ($47.520.000) MONEDA CORRIENTE.

**Las actividades específicas establecidas en el contrato fueron:**

1. Entregar un plan de trabajo para el desarrollo de las obligaciones contractuales de acuerdo con los lineamientos del supervisor(a), dentro de los primeros diez (10) días hábiles posteriores a la firma del acta de inicio del contrato.
2. Asistir y apoyar en los escenarios de dialogo con la comunidad del sector salud, el intercambio y retroalimentación de los procesos de planeación local.
3. Utilizar eficientemente el aplicativo de captura y registro del ciudadano por primera vez que ingresa al Punto por el Derecho a la Salud, realizando seguimiento de los casos que registra hasta el cierre de los mismos.
4. Participar y apoyar los ejercicios y convocatorias distritales y locales, para la movilización social, de los diferentes actores del sistema en la exigibilidad del derecho a la salud.
5. Articular acciones de trabajo con los diferentes actores del sistema en lo local o distrital que propendan por la garantía y exigibilidad del derecho a la salud
6. Realizar acciones de gestión resolutiva administrativa de acuerdo a los procedimientos establecidos en el PDS.
7. Realizar gestión y seguimiento presencial y por TICs a los servicios de salud de ESE, IPS, EPS subsidiadas y contributivas, para generar acciones que garanticen la adecuada prestación de servicios en salud en el Distrito Capital.
8. Asistir y participar y adelantar actividades asignadas en los Puntos por el Derecho a la Salud a nivel local y/o en todos los espacios programados y liderados por la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, así como en los que sea convocado de acuerdo a la naturaleza del contrato.
9. Realizar capacitaciones y/o eventos masivos para brindar herramientas a la ciudadanía en general en la exigibilidad del derecho a la salud y legitimar su acción política y social.

10. Coadyuvar en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.
11. Facilitar ejercicio del control social, de acuerdo a la competencia del objeto contractual
12. Asistir a las reuniones programadas de común acuerdo con el supervisor
13. Participar en la realización de audiencias y demás acciones que promuevan la defensa de lo público ,convocados por la SDS o acompañando convocatoria de entes externos , para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector.
14. Entregar reporte mensual de metas según lo definido en el POA de la Dirección y demás reportes y/o documentos solicitados en la periodicidad indicada
15. Presentar informes mensuales oportunamente y con los soportes necesarios que den cuenta de cada una de las obligaciones contractuales.
16. Entregar al finalizar el contrato un informe final (impreso y en magnético) que dé cuenta del proceso desarrollado en el marco de la ejecución del presente contrato.
17. Entregar al finalizar el contrato un informe final (impreso y en magnético) que dé cuenta del proceso desarrollado en el marco de la ejecución del presente contrato
18. Realizar todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven el cumplimiento de su objeto contractual

**FECHA FINAL DEL CONTRATO:** Dieciocho (18) de febrero de 2016.

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada a los dieciocho (18) días del mes de enero de 2017

**CLAUDIA PATRICIA HERRERA LOGREIRA**
Subdirectora de Contratación

Proyectó: Anlly Katherine Q.

**LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE CONTRATACION**

**CERTIFICA QUE:**

Revisado el archivo de gestión documental se evidencio que: **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD,** suscribió con **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.120.283, el contrato de prestación de servicios celebrado con las siguientes, condiciones y especificaciones:

**N°.** 1243 de 2015 suscrito el día 18 de noviembre de 2014, cuyo objeto consistió en:

Prestar los servicios especializados para brindar asistencia técnica y acompañamiento, los ciudadanos del Distrito Capital, con un plazo de ejecución de seis (6) meses, contados a partir del día dieciocho (18) de noviembre de 2014 al diecisiete (17) de mayo de 2015. El valor ejecutado del contrato fue la suma de cuarenta y cuatro millones trescientos veinte mil pesos ($44.320.000) MONEDA CORRIENTE.

**Las actividades específicas establecidas en el contrato fueron:**

1. Entregar un plan de trabajo para el desarrollo de las obligaciones contractuales de acuerdo con los lineamientos del supervisor(a), dentro de los primeros diez (10) días hábiles posteriores a la firma del acta de inicio del contrato.
2. Asistir y apoyar en los escenarios de dialogo con la comunidad del sector salud, el intercambio y retroalimentación de los procesos de planeación local
3. Utilizar eficientemente el aplicativo de captura y registro del ciudadano por primera vez que ingresa al Punto por el Derecho a la Salud, realizando seguimiento de los casos que registra hasta el cierre de los mismos.
4. Participar y apoyar los ejercicios y convocatorias distritales y locales, para la movilización social, de los diferentes actores del sistema en la exigibilidad del derecho a la salud.
5. Articular acciones de trabajo con los diferentes actores del sistema en lo local o distrital que propendan por la garantía y exigibilidad del derecho a la salud
6. Realizar acciones de gestión resolutiva administrativa de acuerdo a los procedimientos establecidos en el PDS.
7. Realizar gestión y seguimiento presencial y por TICs a los servicios de salud de ESE, IPS, EPS subsidiadas y contributivas, para generar acciones que garanticen la adecuada prestación de servicios en salud en el Distrito Capital.
8. Asistir y participar y adelantar actividades asignadas en los Puntos por el Derecho a la Salud a nivel local y/o en todos los espacios programados y liderados por la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, así como en los que sea convocado de acuerdo a la naturaleza del contrato.
9. Realizar capacitaciones y/o eventos masivos para brindar herramientas a la ciudadanía en general en la exigibilidad del derecho a la salud y legitimar su acción política y social.

10. Coadyuvar en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.
11. Facilitar ejercicio del control social, de acuerdo a la competencia del objeto contractual.
12. Asistir a las reuniones programadas de común acuerdo con el supervisor
13. Participar en la realización de audiencias y demás acciones que promuevan la defensa de lo público, convocados por la SDS o acompañando convocatoria de entes externos, para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector.
14. Entregar reporte mensual de metas según lo definido en el POA de la Dirección y demás reportes y/o documentos solicitados en la periodicidad indicada
15. Presentar informes mensuales oportunamente y con los soportes necesarios que den cuenta de cada una de las obligaciones contractuales.
16. Entregar al finalizar el contrato un informe final (impreso y en magnético) que dé cuenta del proceso desarrollado en el marco de la ejecución del presente contrato.
17. Entregar al finalizar el contrato un informe final (impreso y en magnético) que dé cuenta del proceso desarrollado en el marco de la ejecución del presente contrato.
18. Realizar todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven el cumplimiento de su objeto contractual.

**FECHA FINAL DEL CONTRATO:** Diecisiete (17) de mayo de 2015.

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada a los dieciocho (18) días del mes de enero de 2017

**CLAUDIA PATRICIA HERRERA LOGREIRA**
Subdirectora de Contratación

Proyectó: Anlly Katherine Q

**LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE CONTRATACION**

**CERTIFICA QUE:**

Revisado el archivo de gestión documental se evidencio que: **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD,** suscribió con **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.120.283, el contrato de prestación de servicios celebrado con las siguientes, condiciones y especificaciones:

**N°.** 1405 de 2013 suscrito el día 26 de agosto de 2013, cuyo objeto consistió en:

Prestar los servicios especializados para brindar asistencia técnica y acompañamiento en la gestión territorial para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos del Distrito Capital, con un plazo de ejecución de ocho (8) meses, contados a partir del día veintiséis (26) de agosto de 2013 al veinticinco (25) de abril de 2014. El valor ejecutado del contrato fue la suma de CUARENTA MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS ($40.776.000) MONEDA CORRIENTE.

**Las actividades específicas establecidas en el contrato fueron:**

1. Adelantar todas las actividades necesarias para proporcionar un servicio de orientación e información con calidez, oportunidad y resolutividad a la ciudadanía conforme a los lineamientos señalados por la Secretaria Distrital de Salud y la normatividad vigente en el lugar indicado por la supervisión del contrato.
2. Realizar el registro diario de la información relacionada con los motivos de orientación e información, así como el tipo de barreras de acceso a servicios de salud con el fin de contar con hechos y datos que permitan impactar en la operatividad de las estrategias de comunicación e información y Gestión Territorial Integral de la Política Distrital de Participación Social en Salud y Servicio al Ciudadano
3. Registrar, consolidar y reportar a la dependencia de Servicio al Ciudadano de la SDS las inconsistencias detectadas en el comprobador de Derechos, con el fin de contar con hechos y datos que permitan liderar y adelantar desde Servicio al Ciudadano de nivel central las acciones intrainstitucionales e interinstitucionales necesarias, en aras del mejoramiento de los sistemas de información e impactar en la disminución de las barreras de acceso a los servicios de salud.
4. Asistir, participar y adelantar las actividades asignadas en todos los espacios programados y liderados por la DPS y SC y los demás a los que sea convocado de acuerdo con la naturaleza del contrato.
5. Asistir, participar y adelantar las actividades relacionadas con la planeación, funcionamiento y/o operación y evaluación del Subsistema de peticiones, quejas y reclamos y/o al sistema único distrital de quejas y soluciones.
6. Responder por los bienes que le sean entregados a su cargo y hacer entrega al término del contrato de aquellos de carácter devolutivo.

7. Presentar informes mensuales que den cuenta de cada una de las obligaciones contractuales.
8. Presentar al término del contrato el informe final (impreso y en magnético) especificando el cumplimiento de las actividades contratadas y el estado en que quedan los procesos sometidos a su conocimiento.
9. Realizar todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven el cumplimiento de su objetivo contractual

**ADICIÓN No 1:** VEINTE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($20.388.000) MONEDA CORRIENTE.

**PRORROGA No 1:** Cuatro (4) meses, contados a partir del veinticinco (25) de abril de 2014.

**SUSPENSION:** Las partes contratantes suspendieron el contrato 1405 de 2013 por el término de quince (15) días calendario, contados a partir del primero (1) de julio de 2014 hasta el dieciséis (16) de agosto de 2014.

**FECHA FINAL DEL CONTRATO:** Diez (10) de octubre de 2014.

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada a los dieciocho (18) días del mes de enero de 2017

**CLAUDIA PATRICIA HERRERA LOGREIRA**
Subdirectora de Contratación

Proyectó: Anlly Katherine Q

**LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE CONTRATACION**

**CERTIFICA QUE:**

Revisado el archivo de gestión documental se evidencio que: **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD,** suscribió con **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.120.283, el contrato de prestación de servicios celebrado con las siguientes, condiciones y especificaciones:

**N°.** 207 de 2013 suscrito el día 2 de mayo de 2013, cuyo objeto consistió en:

Prestar los servicios especializados para brindar asistencia técnica y acompañamiento en la gestión territorial para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos del Distrito Capital, con un plazo de ejecución de tres (3) meses, contados a partir del día dos (2) de mayo de 2013 al primero (1) de agosto de 2013. El valor ejecutado del contrato fue la suma de QUINCE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS ($15.291.000) MONEDA CORRIENTE.

**Las actividades específicas establecidas en el contrato fueron:**

1. Entregar un plan de trabajo para el desarrollo de las obligaciones contractuales de acuerdo con los lineamientos del supervisor(a), dentro de los primeros diez (10) días hábiles posteriores a la firma del acta de inicio del contrato.
2. Asistir y apoyar en los escenarios de dialogo con comunidad del sector salud, el intercambio y retroalimentación de los procesos de planeación local
3. Utilizar eficientemente el aplicativo de captura y registro del ciudadano por primera vez que ingresa al Punto por el Derecho a la Salud, realizando seguimiento de los casos que registra hasta el cierre de los mismos
4. Participar y apoyar los ejercicios de convocatorias distritales y locales, para la movilización social, de los diferentes actores del sistema, en la exigibilidad del derecho a la salud.
5. Articular acciones de trabajo con los diferentes actores del sistema en lo local o distrital que propendan por la garantía y exigibilidad del derecho a la salud
6. Realizar acciones de gestión resolutiva administrativa de acuerdo a los procedimientos establecidos en el PDS
7. Realizar gestión y seguimiento presencial y por TICs a los servicios de salud de ESE, IPS, EPS subsidiadas y contributivas, para generar acciones que garanticen la adecuada prestación de servicios en salud en el Distrito Capital.
8. Asistir y participar y adelantar actividades asignadas en los Puntos por el Derecho a la Salud a nivel local y/o en todos los espacios programados y liderados por la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, así como en los que sea convocado de acuerdo a la naturaleza del contrato

9. Realizar capacitaciones y/o eventos masivos para brindar herramientas a la ciudadanía en general en la exigibilidad del derecho a la salud y legitimar su acción política y social.
10. Coadyuvar en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.
11. Facilitar ejercicio del control social, de acuerdo a la competencia del objeto contractual
12. Asistir a las reuniones programadas de común acuerdo con el supervisor.
13. Participar en la realización de Audiencias y demás acciones que promuevan la defensa de los publico, convocadas por la SDS o acompañando entes externos, para promover participación de los usuarios de los temas propios del sector.
14. Entregar reporte mensual de metas según lo definido en el POA de la Dirección y demás reportes y/o documentos solicitados en la periodicidad indicada.
15. Presentar informe mensual sobre el desarrollo de las actividades contractuales al supervisor del contrato acompañado de los recibos de pago de salud y pensión acorde con los honorarios asignados, como requisito previo para la expedición de la certificación de cumplimiento a satisfacción necesaria para efectos del pago de los honorarios.
16. Entregar al finalizar el contrato un informe final (impreso y en magnético) que dé cuenta del proceso desarrollado en el marco de la ejecución del presente contrato.
17. Entregar al finalizar el contrato un informe final (impreso y en magnético) que dé cuenta del proceso desarrollado en el marco de la ejecución del presente contrato 18.Realizar todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven el cumplimiento de su objeto contractual

**FECHA FINAL DEL CONTRATO:** Primero (1) de agosto de 2013.

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada a los dieciocho (18) días del mes de enero de 2017

**CLAUDIA PATRICIA HERRERA LOGREIRA**
Subdirectora de Contratación

Proyectó: Anlly Katherine Q.

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE CONTRATACIÓN
DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Revisados los documentos que reposan en la carpeta de la Dirección Jurídica y de Contratación

HACE CONSTAR:

Que ALEYDER RODRÍGUEZ SUÁREZ, identificado con la cédula de ciudadanía número 52.120.283, en su calidad de contratista ejecutó con el Fondo Financiero Distrital de Salud con NIT 800.246.953-2, el Contrato de Prestación de Servicios que a continuación se detalla:

| | |
|---|---|
| Contrato No.: | 0351 del 30 de marzo de 2007 |
| Objeto: | Prestar los servicios de apoyo como profesional universitario Trabajador Social a la Dirección de Aseguramiento en Salud de la Secretaría Distrital de Salud en las respuestas a derechos de petición, quejas, reclamos y demás requerimientos recepcionados desde la oficina de atención al usuario y demás requerimientos relacionados con el acceso a los servicios de salud de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y población Objeto (vinculada) de los contratos suscritos entre el Fondo Financiero Distrital de Salud con ESE e IPS privadas. |
| Obligaciones: | 1. Apoyar el procedimiento de respuesta a derechos de petición quejas y reclamos relacionados con el acceso a los servicios de salud de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la población participante vinculada en coordinación con la Oficina de Atención al Usuario de la SDS.<br>2. Coordinar de manera permanente con la Dirección de Aseguramiento y con las instancias necesarias a fin de dar respuesta oportuna y de calidad a las peticiones de los usuarios.<br>3. Recopilar información sobre temas controversia les de prestación de servicios por parte de usuarios, administradoras ARS, EPS, ESE e IPS, a fin de presentar reportes oportunos a la Dirección de Aseguramiento.<br>4. Presentar Diagnostico a la Dirección de Aseguramiento sobre el motivo de los derechos de petición, quejas y reclamos recepcionados en la Dirección de Aseguramiento y la Oficina de Atención al Usuario de la SDS durante el año 2005 para el desarrollo de estrategias de mejoramiento. |

5. Realizar el análisis de las estadísticas de Derechos de petición quejas y reclamos presentados sobre aseguramiento en salud y presentar informe que contenga análisis específico de los requerimientos contestados incluyendo una caracterización completa de los mismos.
6. Participar en la planeación, programación, organización, ejecución y control de las actividades inherentes al objeto del contrato.
7. Proyectar respuesta a derechos de petición, quejas y reclamos asignados, sobre las dificultades para el acceso a los servicios de salud de población participante vinculada residente en Bogotá D.C.
8. Clasificar los requerimientos de acuerdo a las prioridades establecidas por el tipo de requerimiento y el plazo para su respuesta.
9. Realizar la verificación de derechos en salud y búsqueda de antecedentes de conformidad con la información suministrada por los pacientes o que llegue a tener la Dirección de Aseguramiento.
10. Realizar seguimiento social de caso, documentar y organizar la información para dar la respuesta efectiva al usuario en los plazos legalmente establecidos, en coordinación con las entidades implicadas (ESE, ARS, EPS e IPS).
11. Proyectar los requerimientos pertinentes a ESE, ARS, e IPS privadas de acuerdo a las solicitudes presentadas y realizar seguimiento a las respuestas y cierre del caso
12. Realizar seguimiento social de caso de forma telefónica y a través de visita domiciliaria en los casos necesarios.
13. Brindar asesoría técnica al usuario interno y externo de forma telefónica y personalizad a, sobre el funcionamiento del SGSSS, acorde con las normas vigentes, las disposiciones y políticas de la institución.
14. Presentar informes estadísticos periódicos sobre el desarrollo de las actividades contractuales, al supervisor del contrato.
15. Presentar al Supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la terminación del mismo, un informe final (en original y copia) de ejecución del contrato, anexando los documentos técnicos generados en el desarrollo del mismo.
16. Constituir las garantías a favor del FONDO y mantenerla vigente, incluidas las prórrogas, adiciones y suspensiones, entre otras.
17. Dar cumplimiento oportuno a lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en concordancia con el Artículo 1 de la Ley 828 de 2003, artículos 10 y 18 de la Ley 1122 de 2007 relacionados con el pago de aportes en salud y pensión.
18. Afiliarse al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión una vez suscriba el acta de iniciación del contrato.
19. Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato.

| | |
|---|---|
| Valor: | Veintitrés Millones Treinta y Nueve Mil Setecientos Ochenta y Cuatro Pesos ($23.039.784) M/CTE. |
| Plazo: | Nueve (09) meses |
| Fecha de Iniciación: | Cuatro (04) de abril de 2007 |
| Prórroga No. 1 y Adición No. 1: | El 12 de diciembre de 2007, se prorrogó el plazo de ejecución del contrato en Cuarenta y tres (43) días calendario, contados a partir del día cuatro (04) de enero de 2008, hasta el día quince (15) de febrero de 2008; se adicionó el valor del contrato en la suma de Tres Millones Seiscientos Sesenta y Nueve Mil Doscientos Noventa y Nueve Pesos ($3.669.299) M/CTE. |
| Fecha de Terminación: | Quince (15) de febrero 2008. |
| Cumplimiento: | El 27 de octubre de 2008, el Supervisor del contrato Profesional Especializado de Servicios al Vinculado de la Dirección de Aseguramiento en Salud, certificó que la contratista, cumplió a satisfacción con el objeto y las obligaciones pactadas en el contrato No. 0351/2007. |

Se expide la presente certificación a solicitud de la contratista según radicado No. 14188 del 03/01/09, a los 04 días del mes de enero de 2009.

MARÍA CECILIA REYES LÓPEZ
Subdirectora de Contratación

Proyecto: Diana López /04-01-2009

**LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE CONTRATACION**

**CERTIFICA QUE:**

Revisada la base de datos de los documentos de la gestión contractual de la Secretaria Distrital de Salud, se evidencio que: **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD,** suscribió con **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ** con cedula de ciudadanía Nº 52.120. 283 Contrato que a continuación se relaciona con sus condiciones y especificaciones

**CONTRATO Nº. 1511-2012**- Suscrito el día 14 de Septiembre de 2012

**OBJETO:** Prestar los servicios especializados para brindar asistencia tecnica apoyo y acompañamiento a las oficinas de Participación Social y Servicio al Ciudadano de las ESES, EPS, para garantizar la rectoría y mejoramiento en la prestación de los servicios.

**VALOR INICIAL:** DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS ($18.697.500) MCTE.

**FECHA DE INICIO:** Catorce (14) de Septiembre de 2012.

**PLAZO DE DURACION DEL CONTRATO**: Cuatro (04) meses y Quince días.

**VALOR DE LA ADICION:** OCHO MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL PESOS ($8.310.000) MCTE

**PRORROGA:** Dos (02) meses.

**FECHA FINAL DEL CONTRATO**: Veintiocho (28) de Marzo de 2013.

**Las obligaciones establecidas en el contrato fueron:**

1. Entregar un plan de trabajo para el desarrollo de las obligaciones contractuales de acuerdo con los lineamientos del supervisor(a), dentro de los primeros diez (10) días hábiles posteriores a la firma del acta de inicio del contrato.
2. Acompañar a las organizaciones sociales representadas en los COPACOS, Asociaciones de usuarios y Comités de Ética de ESE y EPS, en su gestión fortalecimiento interno
3. Realizar visitas de seguimiento a los servicios de salud de ESE y EPS, para generar acciones rectoras que garanticen la adecuada prestación de servicio en salud en el Distrito Capital.
4. Realizar seguimiento a la gestión integral de las oficinas de participación Social y servicio al Ciudadano de ESE y EPS a través de la verificación del cumplimiento y desarrollo del POA de la vigencia y la retroalimentación de los informes trimestrales de gestión.

5. Asesorar y acompañar a las oficinas y las formas de Participación en proceso de elección de los representantes a Juntas Directivas de las ESE, definidas para la vigencia.
6. Realizar capacitaciones y/eventos masivos para brindar herramientas efectivas a las formas de participación en la exigibilidad del derecho a la salud y legitimar su acción política y social.
7. Asistir, participar y adelantar las actividades en los puntos por el Derecho a la Salud a nivel local y/o en todos los espacios programados y liderados por Dirección de Participación Social y Servicio al ciudadano, así como en los que sea convocado de acuerdo con la naturaleza del contrato.
8. Asistir y apoyar en los escenarios de dialogo con comunidad del sector salud el intercambio y retroalimentación de los procesos de planeación y presupuestos participativos.
9. Contribuir al proceso de implementación y evaluación de la Política Publica de Participación Social y Servicio al Ciudadano, cuando le sea requerido.
10. Facilitar el ejercicio del control social, de acuerdo con la competencia del objeto contractual.
11. Asistir a las reuniones programadas de común acuerdo con el supervisor(a) y/o coordinador(a) del equipo.
12. Entregar reporte mensual de metas según lo definido en el POA de la dirección y demás reportes y/o documentos solicitados en la periodicidad indicada.
13. Presentar informe mensual sobre el desarrollo de las actividades contractuales al supervisor del contrato acompañado de los recibos de pago de salud y pensión acorde con los honorarios asignados, como requisito previo para la expedición de la certificación de cumplimiento a satisfacción necesaria para efectos del pago de los honorarios.
14. Entregar al finalizar el contrato un informe final (impreso u magnético) que de cuenta del proceso desarrollo en el marco de la ejecución del presente contrato.
15. Entregar de manera formal al finalizar el contrato, los archivos (impreso y magnéticos) soporte de las obligaciones y acciones ejecutadas.
16. Realizar todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual.

Esta solicitud se expide a solicitud de la interesada a los 14 días del mes de Diciembre de 2016

**CLAUDIA PATRICIA HERRERA LOGREIRA**
**Subdirectora de Contratación**

Elaboro Camilo Sánchez M
Reviso: Giselle Ingrid Pava Arias
Radicado: 2016ER68763
Fecha de Radicación: 30/09/2016

**LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE CONTRATACION**

**CERTIFICA QUE:**

Revisada la base de datos de los documentos de la gestión contractual de la Secretaria Distrital de Salud, se evidencio que: **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD,** suscribió con **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ** con cedula de ciudadanía Nº 52.120. 283 Contrato que a continuación se relaciona con sus condiciones y especificaciones

**CONTRATO Nº 0387-2012**- Suscrito el día 30 de Marzo de 2012

**OBJETO:** Prestar los servicios especializados para brindar asistencia tecnica apoyo y acompañamiento a las oficinas de Participación Social y Servicio al Ciudadano de las ESES, EPS, para garantizar la rectoria y mejoramiento en la prestación de los servicios.

**VALOR INICIAL:** VEINTE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS ($20.775.000) MCTE.

**FECHA DE INICIO:** Tres (03) de Abril de 2012.

**PLAZO DE DURACION DEL CONTRATO**: Cinco (05) meses.

**FECHA FINAL DEL CONTRATO**: Dos (02) de Septiembre de 2012.

**Las obligaciones establecidas en el contrato fueron:**

1. Entregar un plan de trabajo para el desarrollo de las obligaciones contractuales de acuerdo con los lineamientos del supervisor(a), dentro de los primeros diez (10) días hábiles posteriores a la firma del acta de inicio del contrato.
2. Informar a las organizaciones sociales representadas en los COPACOS, Asociaciones de usuarios y Usuarios de ESE y EPS, acerca del proceso de democracia directa, para lograr su vinculaciones los espacios de Planeación e Local y Presupuestos Participativos, de las localidades asignadas.
3. Realizar visitas de seguimiento a los servicios de Salud de ESE y EPS, para generar acciones rectoras que garanticen la adecuada prestación de servicios en salud en el Distrito Capital.
4. Realizar seguimiento a la gestión integral de las oficinas de Participación Social al Ciudadano de ESE Y EPS a través de la verificación del cumplimiento y desarrollo del POA 2012 y la retroalimentación de los informes trimestrales de gestión.
5. Asesorar y acompañar a las oficinas y las formas de participación, en procesos de elección de los representantes a Juntas Directivas de las ESE, definidas para el primer semestre.

6. Propiciar la generación de Convenios con Universidades que operen en el Distrito Capital, para realizar apoyo al proceso de garantía al derecho de los servicios de salud a la fortalecimiento de la ciudadanía.
7. Acopiar la documentación casuística de vulneración del derecho a la salud, como argumento para interponer las acciones jurídicas a las que haya lugar.
8. Contribuir al proceso de implementación y evaluación de la Política Publica de Participación Social y servicio al ciudadano, cuando le sea requerido.
9. Asistir a las reuniones programadas por el supervisor del contrato y/o coordinador del equipo.
10. Entregar reporte mensual de metas según lo definido en el POA de la Dirección y demás reportes y/o documentos solicitados en la periodicidad indicada.
11. Entregar al finalizar el contrato un informe (impreso y en magnético) que dé cuenta de la del proceso desarrollado en el marco de la ejecución del presente contrato.
12. Entregar de manera formal al finalizar el contrato los archivos (impresos y magnéticos) soporte de las obligaciones y acciones ejecutadas.
13. Anexar a la carpeta de contratación fotocopia del Registro Profesional de Trabajadora Social renovada y vigente, en el término de 30 días, contados a partir de la suscripción del presente contrato.

Esta solicitud se expide a solicitud de la interesada a los 14 días del mes de Diciembre de 2016

**CLAUDIA PATRICIA HERRERA LOGREIRA**
**Subdirectora de Contratación**

Elaboro Camilo Sánchez M
Reviso: Giselle Ingrid Pava Arias
Radicado: 2016ER68763
Fecha de Radicación: 30/09/2016



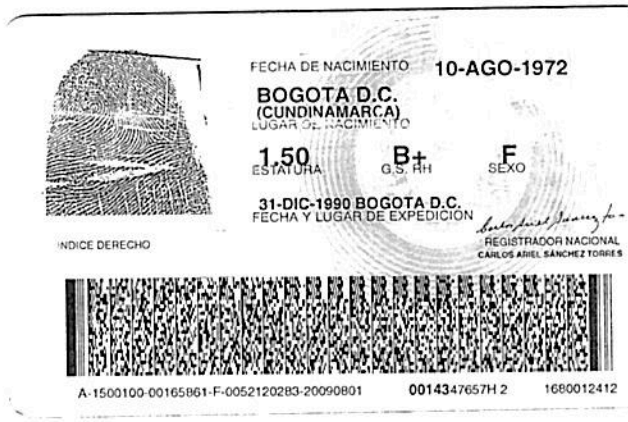
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.120.283
RODRIGUEZ SUAREZ

APELLIDOS
ALEYDER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-1972
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

31-DIC-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500100-00165861-F-0052120283-20090801 0014347657H 2 1680012412

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14478383961

(415)7707212489984(8020) 000001447838396 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 1 2 0 2 8 3 | 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 | 5 2 1 2 0 2 8 3 | 1 9 9 0 1 2 3 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 |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | SUAREZ | ALEYDER | |

35. Razón social:

| 36. Nombre comercial: | 37. Sigla: |
|---|---|
| | |

## UBICACION

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

41. Dirección principal
CRA 77 H BIS 58 38 SUR BRR VILLA DE LOS SAUCES ROMA

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| aleyder1972@hotmail.com | | 7 7 8 4 9 6 9 | 3 1 4 2 2 5 5 9 3 1 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 0 2 0 | 2 0 1 3 0 2 1 9 | 7 0 1 0 | 2 0 1 3 0 2 1 9 | 0 0 1 0 | | 2 4 4 6 | 0 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

# 12- Ventas régimen simplificado

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 8 1 8

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

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

984. Nombre RODRIGUEZ SUAREZ ALEYDER
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 29/11/2018

**CONTRIBUYENTE** C.C. 52120283 ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ

## INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CR 77 H BIS 58 38 SUR Teléfonos: 3142255931

Dirección electrónica: aleyder1972@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

## PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 19/02/2013 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 70102 - Actividades de administración empresarial en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2: 70202 - Actividades de gestión en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

## ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

## REPRESENTANTES ACTIVOS

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 Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

SGS

Version 2.02

# Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto Reglamentario No. 2833 de 1981



TRABAJADOR (A) SOCIAL
Código: 088295211-R

Registro: 52.120.283
Nombres: Aleyder
Apellidos: Rodríquez Suárez
Inscripción: 5 de febrero de 2002
Vigencia: 5 de marzo de 2022

## Registro Profesional

1. Este Registro Profesional es personal e intransferible
2. De uso en todo acto de ejercicio de la profesión de Trabajo Social

5328770882952111933

CALLE 78 Nº 12 A - 15 TELEFAX: 257 6129

BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

CONTAMATIC

inicio

Acceso del vacunador
ingresar

Volver

1 of 2 ? Find | Next

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 21 de enero de 2019 01:58 p.m.

Datos del Vacunado

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de Identificación: | Cédula de Ciudadanía | Número de Identificación: | 52120283 |
| Nombres y Apellidos | ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ | | |
| Fecha de nacimiento: | 10/08/1972 | | |

| Vacuna | Dosis | Fecha | Nombre comercial | Lote | Institución vacunadora |
|---|---|---|---|---|---|
| Anti - Rábica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| Antirrábica profiláctica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| DPT | Única | | | | |
| DPT Acelular | Primera dosis | 15/04/2014 | Bostrix | AC37B119DA | CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM KENNEDY |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Fiebre tifoidea | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A, Hepatitis B | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| Hepatitis B | Primera dosis | 10/01/2015 | Engerix B Adultos | | |
| | Segunda dosis | 15/02/2015 | Engerix B Adultos | | |
| | Tercera dosis | 14/08/2015 | Engerix B Adultos | | |
| | Refuerzo | 20/09/2016 | Engerix B Adultos | | |
| Influenza | Única | 12/06/2018 | Vaxigrip | | |
| Meningococo | Única | | | | |
| Meningococo Conjugado | Única | | | | |

Porque la vacunación no es un juego de niños.

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Régimen : COMUN

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

| NÚMERO |
| --- |
| 0000102109 |

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 30/11/2018 10:54:52

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ **C.C** 52120283

**EDAD** 46 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** TRABAJADOR SOCIAL



**EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS**

| | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☐ NO ☑ |
| Visiometría | ☐ | Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐ | |
| Audiometría | ☐ | Cuales | |
| Espirometría | ☐ | Radiografías | |

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

**APTO PARA EL CARGO** ☑ MOTIVO PARA LABORAR

**NO APTO** ☐ MOTIVO

**OBSERVACIONES**

CONTROL MEDICO RUTINA - NUTRICION EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

**EXÁMEN PERIÓDICO**

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

**EXÁMEN DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL,

Aleyder Rodriguez S

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 51.903.820

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**

**CÓDIGO:** ET-CA-FT- 011
**VERSIÓN:** 02
**FECHA:** 2017-08-22

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

| FECHA: | 21-01-2019 | CIUDAD: | Bogota | DEPARTAMENTO: | Cundinamarca |
|---|---|---|---|---|---|

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

### CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

| PROVEEDOR | PARTICULAR | CONTRATISTA OPS | SERVIDOR PUBLICO | OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | |

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Rodriguez | Suarez | Aleyder | | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C ☒ | C.E ☐ | R.C ☐ | NUIP ☐ | 52120283 | Bogotá DC | 31-12-1990 |

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 10-08-1972 | Bogotá D.C | Colombia | Colombiana |

| ESTADO CIVIL | | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ | CASADO(A) ☒ | DIVORCIADO(A) ☐ | UNION LIBRE ☐ | 2 | 2 | 3142255431 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☒ | UNIVERSITARIO ☐ | BACHILLER OTRO ☐ | PRIMARIA ☐ | TECNICO ☐ | TECNOLOGO ☐ | CUAL: | |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| Cra 77H Bis N 58 38 s | Bogotá | Cundinamarca | Colombia | 4604426 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| aleyder1972@hotmail.com. | | PROPIA ☒ | FAMILIAR ☐ | ARRENDADA ☐ |

| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Rodriguez | Perdomo | Hector | Elias |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C ☒ | C.E ☐ | R.C ☐ | NUIP ☐ | 79136152 | Bogotá DC | 15-12-1988 |

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ ☐ NACIONALIDAD:

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| ASALARIADO | ESTUDIANTE | HOGAR | PENSIONADO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|
| SOCIO ☐ | CONTRATISTA ☐ | COMERCIANTE ☐ | EMPLEADO PUBLICO ☐ | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☒ | EMPLEADO SOCIO ☐ | | OTRA ☐ | |

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**

**CÓDIGO:** ET-CA-FT- 011
**VERSIÓN:** 02
**FECHA:** 2017-08-22

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | SI [X] NO [ ] | IVA | SI [ ] | NO [X] | CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA: 7020 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ICA | SI [ ] | NO [ ] | PRINCIPAL: [ ] SECUNDARIA: [ ] |

| GRAN CONTRIBUYENTE | SI [ ] NO [X] | AGENTE RETENEDOR | SI [ ] NO [X] | AGENTE AUTORETENEDOR | SI [ ] NO [X] |
|---|---|---|---|---|---|

| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|
| SI [ ] NO [X] | SI [ ] NO [X] | Subred Integrada de Servicios Centro Oriente |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO [ ] COMERCIAL [ ] SERVICIOS [ ] SALUD [ ] | # NIT |
|---|---|---|

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] NERGETICA [ ] ANCIERA [ ] NSPORTE [ ] OLOGIA [ ] ENTOS [ ] MI AMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL: X

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Diagonal 34 N 5-43 | 6966600 | Bogotá D.C | Cundinamarca | Colombia |
| **CARGO ACTUAL** | | | **FECHA VINCULACION** | |

## 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

| NUMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA | DESCRIPCION ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCION | TIPO SOCIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## 5. INFORMACIÓN FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | | GASTOS FAMILIARES | 2'000.000 | AHORROS | 2000.000 | SALDO HIPOTECA | 3'400000 |
| HONORARIOS | 2901000 | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | 9'000.0000 |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | 120.000 | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | 2'900.000 | TOTAL EGRESOS | 2120.000 | TOTAL ACTIVOS | 2000000 | TOTAL PASIVOS | 12'400000 |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 6. REFERENCIAS PERSONALES

( No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Forero | Lopez | Ruth | Yacira |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| Cra 51A N 42 B-41 sur | Bogotá DC | amiga | 3185954434 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| Davivienda | Cta Ahorros | 007900279766 | Quinta Paredes | |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [ ]

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | PAIS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACIO [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] TRA [ ] CUAL:

**8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Trabajadora Social

**2.** Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
**3.** No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
**4.** Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
**5.** Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
**6.** Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
**7.** Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

**9. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

**Asalariado**:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
**Pensionado:** Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
**Profesional Independiente/Contratistas por OPS:** Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
**Socios Empresas:** Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

**1.** Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
**2.** Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
**3.** Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
**4.** Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
**5.** Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
**6.** Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

**10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.**

**CONSIDERACIONES**

**1.** Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
**2.** Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
**3.** Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
**4.** Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

## AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

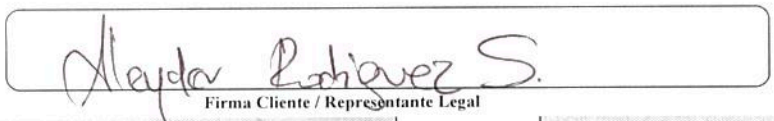
**Declaro expresamente:**
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
**1.** FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
**2.** El tratamiento podra ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

**3.** USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
**4.** TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
**5.** DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Basica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

**7.** DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
**8.** RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO )***.
**9.**AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
**NOTA:** Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

## IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

## X. INFORMACION DE ENTREVISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1.Fecha** | | **2. Ciudad** | |
| **3.Nombre del funcionario o Asesor:** | | | |
| **4. Lugar de la Entrevista:** | | | |
| **5. Observaciones:** | | | |
| **6. Resultado de la Entrevista:** | ACEPTADO ☐ | RECHAZADO ☐ | |
| **7. Firma y Cédula** | | | |

## XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

| | | |
|---|---|---|
| **1. Fecha** | **2. Ciudad** | |
| **3. Nombre y Cargo de quien verifica:** | | |
| **4. Lugar de la verificación:** | | |
| **5. Observaciones:** | | |
| **6. Firma y cédula:** | | |

# ORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
## _ SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

**. de Radicación** | **Fecha de Radicación** 15 01 2019

**DATOS DEL TRÁMITE** *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante X B. Cabeza de familia C. Beneficiario | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X | B. Colectiva | A. Contributivo X | 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado | 59 |
| B. Reporte de Novedades X | • Beneficiario o afiliado adicional | C. Institucional<br>D. De oficio | B. Subsidiado | | |

### A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

| 6. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rodriguez | Suarez | Alejandro | | |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 52120283 | Femenino Masculino X | 08 09 1972 |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo F N M Condición T P | | | Sura | Colpensiones |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 828.000 | Dirección: Carrera 77H #15 S 5339 Sur | | | Zona Urbana X Rural | Localidad / Comuna: Kennedy | Teléfono fijo: 4604426 | Teléfono celular: 3142255831 |
| Correo electrónico: alejo1972@hotmail.com | Municipio / Distrito: Bogotá DC | | | | | Departamento: Bogotá DC | |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo Femenino Masculino | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | | D D M M A A A A |

### Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| | 24. Apellidos y nombres | | | | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | | | Femenino | Masculino |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo F N M | 31. Discapacidad Condición T P | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | D D M M A A A A | | | | | | | | | | |
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

### Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| Cot. | | |
| B | | 105 |
| B | | |
| B | | |

### V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación |
|---|---|
| | |

| 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|
| | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
| | | | | |

### B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar X
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación | | | | | | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | | | D D M M A A A A |
| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | | |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| Coomeva | | |

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. X
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. X
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. X

### VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio |
|---|---|
| Alejandro Rodriguez Suarez | 52120283 |

### IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC X Cant. 1 PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total 1
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Copia de la autorización a otra entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

15 ENE 2019 Cod 657 María Angela Leal R.T. SUJETO A VERIFICACIÓN

### X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial | 67. Datos del SISBÉN | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|
| Código del municipio / Código del departamento | Número de la ficha / Puntaje / Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | | | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | |
| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | | | |

**OBSERVACIONES:** Afiliación recolla - feliz regreso x cuota de 40 M. Que necesita 7-1040

Con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 1146 PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 571
VIGILADO Supersalud
Línea Gratuita Nacional 018000113383

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52120283,** se encuentra afiliado (a) desde **21/08/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Novedad | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha | MultivinculaciónDecreto 3995/2008 |
| Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión | 2 | PROTECCION S.A. | 01/10/2003 | No Multivinculado |
| Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES | 23 | COLPENSIONES | 01/11/2016 | No Aplica |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de enero de 2019.

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-024**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| | |
|---|---|
| 52120283<br>Numero de Documento | <br>ARL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Aleyder | | Rodriguez | Suarez |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10/08/1972 | Bogotá | Cra 77H Bis N 58-38I | 4604426 |
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |

| | | |
|---|---|---|
| Compensar | Colpensiones | $ |
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| | |
|---|---|
| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |

| | |
|---|---|
| aleyder1972@hotmail.com | 3142255931 |
| Correo Electrónico | Celular |

| | |
|---|---|
| Aleyder | |
| Firma del Afiliado | Firma y Nombre Supervisor del Contrato |
| | C.C. |

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 120769928

WEB
11:36:24


Bogotá DC, 17 de enero del 2019

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) ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52120283:

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 jueves 17 de enero de 2019, a las 11:31:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 52120283 |
| Código de Verificación | 521202831900117113128 |

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

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

Soraya Vargas P.

**SORAYA VARGAS PULIDO**
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2699476**

**Bogotá D.C., 17 de Enero de 2019 - 11:28 am**

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

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO VEINTE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES** de BOGOTA D.C.

**52120283**

**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: 1_JCRQG_2811**
**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 16:07:54 horas del 17/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **52120283**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ SUAREZ ALEYDER**

**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.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Linea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. 5159700 / 30555.
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**ABEJORRAL,** **17/01/2019**
**ANTIOQUIA,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ALEYDER RODRIGUEZ SUAREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52120283**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550007900279766** |
| Fecha de apertura | **26/11/2001** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA