

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.799.352

SIERRA FLOREZ

APELLIDOS

CLARA

NOMBRES

Clara Sierra Florez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-OCT-1971
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

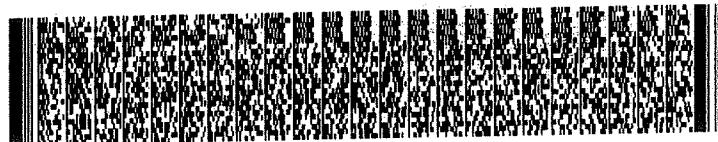
F

SEXO

11-DIC-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00093462-F-0039799352-20081011

0004244642A 1

1390009144



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Sierra</u>		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Florez</u>		NOMBRES <u>Clara</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>39799352</u>			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>14</u> MES <u>10</u> AÑO <u>1971</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Diaq. 92F sur # 30-28E.</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>3102610329-762288</u> EMAIL <u>clarasienraflorez@gmail.com</u>		

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES	AÑO
									X	09	2013

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN				No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO			
TC	3	X		Instituto de Educación Ingabo	11	2013			

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		5 meses
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 9 de Enero 2018

Clara Sierra Flórez
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Bogotá, 09-Enero de 2018

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

ASUNTO: PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Respetada Doctora:

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

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

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

DIRECCION: Diagonal 92 F sur # 3c- 28 E.
TELEFONOS: 3102610329- 7622882
CORREO ELECTRONICO: elatasierraflorez@gmail.com

Atentamente,

Clara Sierra Florez.
NOMBRE
C.C. No. 39.799.352 Bogotá

Consulta externa
USME

Citado
05/11
9:30 AM

Jorge R. Rojas



INFORMACION PERSONAL

Documento de Identidad	39799352 de Bogotá
Fecha y Lugar de Nacimiento	Bogotá D.C, Octubre 14 1971
Estado Civil	Casada
Dirección residencia	Diagonal 92 F SUR # 3C28E Usme
Teléfonos	3102610329
Dir. Electrónica	clarasierraflorez@gmail.com
Profesión:	Técnico auxiliar administrativa.

Soy una persona dinámica acostumbrada a trabajar bajo presión en cualquier actividad o labor que se me asigne. Poseo la capacidad de desempeñarme como: Auxiliar de oficina, recepcionista, atención al usuario en el área de la salud, recibir y entregar correspondencia con su radicado y respectivo direccionamiento según a la dependencia que corresponda; con conocimiento en el área de facturación como analista de registro, organización, clasificación de los soportes por cada factura, con conocimiento en el área de aseguramiento, tengo conocimiento en barreras de acceso, manejo el seguimiento a las peticiones quejas y reclamos, tele auditoria a las mismas, humanización de servicios mediante la implementación de protocolos, experiencia y manejo de paciente difícil, experiencia en georreferenciación, amplia capacidad de trabajo en equipo, habilidades en comunicación asertiva, experiencia y conocimiento de identificación y necesidades del usuario y su familia, amplia capacidad de información y orientación al usuario. Además puedo aplicar mis conocimientos en diversos ámbitos como se me proyecten con la disposición y la capacidad de aprendizaje, iniciativa y autonomía para desarrollar proyectos para el mejoramiento de la calidad del servicio. Recepcionar, orientar e informar al usuario y familia, en los procesos administrativos del servicio de consulta externa, urgencias y hospitalización, con calidez, oportunidad y eficacia, garantizando agilidad en los procesos establecidos para su atención-

ESTUDIOS REALIZADOS

VCO

TALLER SERVICIO AL CLIENTE

Proyecto de facturación IPS
CORVESALUD

VCO- Valencia Consultores y Outsourcing
2016

INSTITUTO INGABO

Técnico Laboral Auxiliar Administrativo
2016

**ESCUELA SUPERIOR DE
ADMINISTRACION PÚBLICA**

Seminario Taller

La calidad del servicio a través de Cliente
2013

SEMINARIO COMPENSAR

SERVICIO AL CLIENTE
2013

BACHILLER ACADEMICO

**UNIDAD BÁSICA RAFAEL URIBE
URIBE**

1989

BOGOTA D.C

PRIMARIA:

JOSE RUFINO CUERVO

1983

BOGOTA D.C

REFERENCIAS LABORALES

-VCO

IPS CORVERSALUD

Cargo: Facturación

Función: Atención al usuario facturando citas de diversas especialidades

Jefe Inmediato: Luz Dary Rodríguez

Teléfono: 3112418753 -5414130

2016

-HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

SEDE ADMINISTRATIVA

Cargo: Técnica Auxiliar Administrativa en Atención al Usuario

Función: Brindar información, orientación y asesoría respecto al Sistema General de Seguridad Social en Salud a organizaciones, espacios y comunidad de la localidad Rafael Uribe, articulando las acciones con las dependencias respectivas de la Secretaria Distrital de Salud. Aplicación de encuestas y tabulación.

Recepcionar, orientar e informar al usuario y familia, en los procesos administrativos del servicio de consulta externa, urgencias y hospitalización, con calidez, oportunidad y eficacia, garantizando agilidad en los procesos establecidos para su atención.

Jefe Inmediato: Doctora Liz Tania Gaviria Sotelo

Teléfono: 5 966600

2013-2016

-HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

SEDE ADMINISTRATIVA

Cargo: Auxiliar de Facturación

Función: Atención al usuario facturando citas de atención primaria, analista de registro, organización, clasificación de los soportes por cada factura.

Jefe Inmediato: Efrén Rodríguez

Teléfono: 5966600

2012

-HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

SEDE ADMINISTRATIVA

Cargo: Recepcionista

Función: Atención al cliente manejo y distribución de documentos con su respectivo direccionamiento.

Jefe Inmediato: Ingeniera Jaqueline Rojas

Teléfono: 5 966600

REFERENCIAS PERSONALES

EFRAIN PEREZ
Intendente de la Policía
Tel. 304 5302650

PAOLA SALAMANCA
Trabajadora social
317 4360718

REFERENCIAS FAMILIARES

ALCIRA SIERRA FLOREZ
Secretaria
Tel. 3229463717

ANDREA LIZETH ACEVEDO SIERRA
Analista de Nómina
Tel. 3016610400

CLARA SIERRA FLOREZ
CC 39.799.352 de Bogotá
Cel.: 3102610329



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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Clara Sierra Flórez
 IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 39799.352 309 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
 País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Bogotá
 Dirección Diag. 92 Esur # 3C-28 E Teléfonos 3102610329-7622882

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>José Antonio Sierra Aponte</u>	<u>19.104.994</u>	<u>Papa</u>
<u>Blanca Isabel Flórez</u>	<u>35.332.007</u>	<u>Mama</u>
<u>Andrea Lizeth Acevedo Sierra</u>	<u>1010305250</u>	<u>Hija</u>
<u>Ibeth Carolyn Acevedo Sierra</u>	<u>1023015449</u>	<u>Hija</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION**
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,
 EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	<u>2'200.000</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	<u>4'000.000</u>
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ <u>2'600.000</u>

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
<u>Caja Social</u>	<u>Ahorros</u>		<u>Santa Librada</u>	<u>- 0 -</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE



Acta Individual de Grado

COLEGIO "RAFAEL URIBE URIBE"

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL - LOC. 6

Cra. 25 No. 47-00 Sur - Tel. 713 03 08

(Antes Colegio Distrital Unidad Básica Rafael Uribe Uribe)

Inscripción S.E.: 2983

Dane: 11100112274

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 11 días del mes de septiembre de 2013 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de la alumna de ultimo grado por **CORRECCIÓN ADMINISTRATIVA EN PROCEDIMIENTO DESARROLLADO POR LA ESTUDIANTE**, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO "RAFAEL URIBE URIBE) INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL**, Institución aprobada hasta Nueva orden en el nivel de Educación Media Académica y Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 003254 del 17 de octubre de 1989 y por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Técnico Comercial, según Resolución de Aprobación No. 7474 del 19 de noviembre de 1998 y Resolución de Integración No. 2372 del 14 de agosto de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de la alumna que cursó y aprobó los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER ACADÉMICO

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

Clara Sierra Flórez
C.C. No. 39.799.352 de Bogotá, D.C.

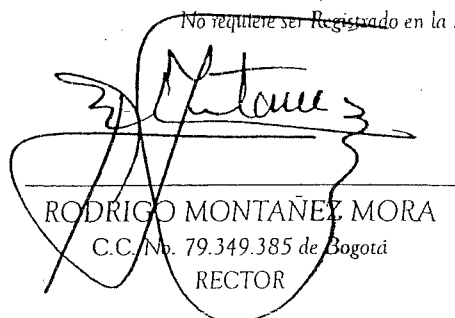
Es fiel copia tomada del acta original general No. 059 en fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Corrección Administrativa, en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los 11 días del mes de septiembre de dos mil trece (2013).

Firmada y sellada por RODRIGO MONTAÑEZ MORA (Rector)

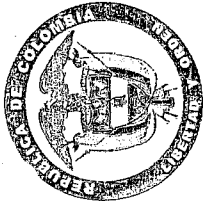
MARÍA DORIS ACUÑA RAMÍREZ (Secretaria)

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981

No requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994.


RODRIGO MONTAÑEZ MORA
C.C. No. 79.349.385 de Bogotá
RECTOR


MARÍA DORIS ACUÑA RAMÍREZ
C.C. No. 41.704.024 de Bogotá
SECRETARIA



La República de Colombia
La Secretaría de Educación Distrital
y en su nombre el

Colegio "Rafael Uribe Uribe"

Institución Educativa Distrital

(Antes Colegio Distrital Unidad Básica Rafael Uribe Uribe)

Institución Oficial Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 003254 del 17 de octubre de 1989
Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. según Resolución de Aprobación No. 7474 del 19 de noviembre de 1998 y
Resolución de Integración No. 2372 del 14 de agosto de 2002

Confiere a:

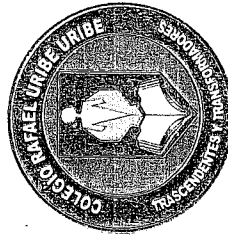
Lara Sierra Flores

C.C. No. 39.799.352 de Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica.
(Art. 29 Ley 115 de 1994); según los planes y programas vigentes.



[Firma]
Rector

[Firma]
Secretaria

Añadido al Libro No. 5 Folio No. 005 del Colegio

Bolton en Bogotá, D.C., a los 11 días del mes de septiembre de 2013

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 021 del 6 de mayo de 1994 y Decreto No. 2150 de 1995, artículo 65



INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Aprobado por resoluciones 15-027 del 22 de Septiembre de 2009 y 15-028 del 28 de Septiembre de 2009, emanadas de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño. Con autorización Oficial según acuerdo No. 056 del 5 de Diciembre de 2008 y acuerdo No. 158 del 21 de Mayo de 2009 emanados por el Ministerio de Protección Social

Acta Individual de Certificación de Técnico Laboral

LIBRO 4 FOLIO 45 REGISTRO 9

En la Ciudad de Bogotá a los 27 días del mes de Abril del año 2.015, se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de aptitud ocupacional por competencias como **TÉCNICO LABORAL** con una duración de 1.298 (horas) quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

CLARA SIERRA FLOREZ

C.C 39.799.352 DE BOGOTA

Es fiel copia del Acta Original General N°. 17 del libro de registro N° 4, con fecha 27 de Noviembre de 2.015, que consta de 9 alumnos que comienzan con el nombre de **LINA ROCIO CHAPARRO DUEÑAS** y se cierra con el nombre de **CLARA SIERRA FLOREZ** firmado por:

CARLOS MAURICIO BÁEZ P.
DIRECTOR

C.C. No. 79.884.207 de Bogotá

MARÍA GERTRUDIS AVELLANEDA
SECRETARIA GENERAL

C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá a los 06 días del mes de Diciembre del año 2.015



República de Colombia

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15-078 de Febrero 08 de 2010 de la Dirección Local de Educación de Antorillo Narifño

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como
Técnico Laboral

A: CLARA SIERRA FLOREZ

C. C. 39.799.352 DE BOGOTÁ

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Duración del Programa: 1.298 Horas


Director


Secretaria Académica

Dado en Bogotá D.C., a los 06 días del mes de Diciembre de 2015
Registró Folio No. 9/44 del Libro de Certificados No. 4

2392



CS-CER272629



REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"

HACE CONSTAR

QUE

SIERRA FLOREZ CLARA

PARTICIPO EN LA ACCION DE FORMACION:

FINANZAS EN LA MICROEMPRESA

CONDURACION DE -75- HORAS

Firma y Sello Autorizados

SANTAFE DE BOGOTA, 14.07.95

Ciudad y Fecha de Terminación

Registro y Certificación

95.2387 - 21.09.95

No. y Fecha de Registro

Certifican que

Clara Sierra Flores

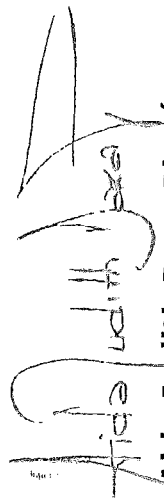
C.C. 39799352

Asistió al:

Taller de Servicio al Cliente

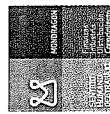
Realizado el 27 de Julio de 2013
Con una intensidad de 4 horas.

Se expide en Bogotá, a los veintidos (22) días del mes de Agosto 2013



Aida Judith Daza Pinzón
Gerente de Servicios Empresariales

Con el respaldo de:



REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

SUBDIRECCIÓN DE ALTO GOBIERNO

CERTIFICA QUE

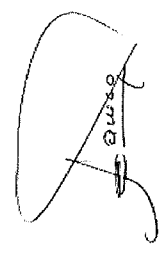
CLARA SIERRA FLOREZ

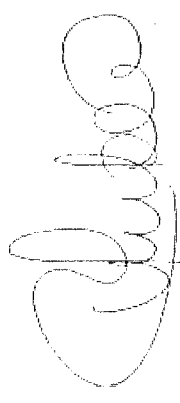
Participó en el

Seminario - Taller “La calidad del servicio a través del ser”

Realizado en Bogotá D.C., el día miércoles 11 de septiembre de 2013 con una intensidad de 8 horas académicas.


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


DANIEL MEDINA GONZÁLEZ
Director Distrital Servicio al Ciudadano


ROSA IRENE RUBIO CAÑÓN
Directora Programa Nacional
de Servicio al Ciudadano - DNP



Valencia Consultores y Outsourcing

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Certifican qué:

CLARA SIERRA FLÓREZ
C.C. 39.799.352

Curso y aprobó:
TALLER SERVICIO AL CLIENTE

PROYECTO DE FACTURACIÓN IPS CORVESALUD

Concedido: a los 30 días del mes de Septiembre del 2016


Luz Dary Rodríguez Castillo

Líder del Proyecto de Facturación IPS CORVESALUD



María Claudia Molano Acosta
Trabajadora Social VCO

VCO CONSULTING LTDA.

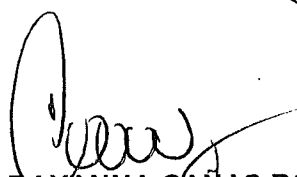
LA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que la señora **SIERRA FLOREZ CLARA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.799.352 de Bogotá, laboró con nuestra compañía mediante un **Contrato a Terminio Fijo Inferior a un Año**, desde el 12 de septiembre de 2016 hasta el 28 de febrero de 2017, desempeñando el cargo de **FACTURADOR**, para la ejecución del contrato de Servicio suscrito entre **VCO CONSULTING LTDA y CORVESALUD**

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

Atentamente,



DAYANNA CAÑAS ROZO
Coordinadora de Talento Humano



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

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con NIT. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** suscribió en su momento el contrato con **CLARA SIERRA FLOREZ**, con C.C. No 39.799.352, cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

Nº OPS	VIGENCIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
118	2012	02 de Agosto de 2012	28 de Febrero de 2013
028	2013	01 de Febrero de 2013	31 de Marzo de 2014
361	2014	15 de Abril de 2013	31 de Agosto de 2014
834	2014	4 de Noviembre de 2014	02 de Enero de 2015
018	2015	5 de Enero de 2015	30 de Junio de 2015
1143	2015	01 de Julio de 2015	15 de Agosto de 2015
1238	2015	18 de Agosto de 2015	31 de Octubre de 2015
1434	2015	03 de Noviembre de 2015	31 de Diciembre de 2015
49	2016	04 de Enero de 2016	30 de Abril de 2016

OBJETO DEL CONTRATO:

- PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO II DESARROLLANDO ACTIVIDADES DENTRO DEL PROCESO DE HUMANIZACION Y GESTION HACIA EL USUARIO PARA CUMPLIR LABORES ADMINISTRATIVAS , DOCUMENTACION , ARCHIVO E INFORMES DE LA RUTA DE SALUD, RED CENTRO ORIENTE CONVENIO N° 1108 DE 2013 ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD Y EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE , CONFORMADO POR LOS HOSPITALES. SAN BLAS, LA VICTORIA, SANTA CLARA, SAN CRISTOBAL Y RAFEL URIBE E INTERCONEXION ENTRE LOS HOSPITALES DE LA RED DEL DISTRITO CAPITAL PARA PACIENTES CATALOGADOS COMO POBLACION ESPECIAL GESTANTES ADULTO MAYOR PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD Y MENORES DE CINCO AÑOS CON EL FIN DE ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD DE 1 2 Y 3 NIVEL ELIMINANDO BARRERAS DE ACCESO FISICAS Y ECONOMICAS.

20

- 2.- Contribuir con el proceso de recepción de llamadas para programación o cancelación de traslados de los usuarios.
- 3.- Elaborar cuadros estadísticas, listados y demás documentos que compilen la información que se requieren dentro de la dependencia.
- 4.- Llevar control permanente de los saldos de contratos e información de los mismos.
- 5.- Tramitar la recepción de las cuentas de cobro, y verificarlas.
- 6.- Participar de las reuniones y eventos programados por la ruta de la salud.
- 7.- Informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato
- 8.- Manejo de la correspondencia interna y Externa
- 9.- Manejo y control del archivo interno del programa Ruta de la Salud .- Control , recepción y organización de los insumos dados para el proyecto ruta de la salud.
- 10.- Las demás que el supervisor del contrato considere relacionado a sus competencias administrativas y operativas
- 11.- Informar por escrito con una antelación no inferior a Ocho (8) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL PROCESO DE GESTION HACIA EL USUARIO Y HUMANIZACION DEL SERVICIO

1. Realizar orientación idónea hacia el usuario en los sistemas de información del proceso de aseguramiento del SGSSS (FOSYGAM) comprobador de derechos y georeferenciación del Hospital Rafael Uribe Uribe.
2. Realizar registro oportuno de los usuarios que asisten al proceso de orientación SGSSS.
3. Realizar seguimiento a la entrega de medicamentos por parte de las farmacias ubicadas en nuestros puestos de atención.
4. Realizar seguimiento a la línea 195, verificando oportunidad y cumplimiento de agendas médicas.
5. Digitación de bases de datos de encuestas de satisfacción y derechos y deberes.
6. Apoyo al punto por el derecho a la salud ubicado en la Localidad Rafael Uribe Uribe.
7. Realizar seguimiento telefónico a la calidad de las respuestas emitidas hacia el usuario por la



GERENCIA DE TALENTO HUMANO

S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

NIT.890312779

Certifica que:

SIERRA FLOREZ CLARA identificado(a) con la cedula de ciudadanía No.39799352 estuvo vinculado(a) laboralmente con nuestra empresa en calidad de TRABAJADOR EN MISION para prestar sus servicios de acuerdo a las siguientes especificaciones:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	LABOR CONTRATADA	SALARIO	TIPO DE CONTRATO	EMPRESA USUARIA
09/05/2012	30/07/2012	AUXILIAR DE FACTURACION	\$719,440	OBRA LABOR	HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) a los 2 días del mes de septiembre de 2016.

Si desea verificar la validez de la presente certificación, favor comunicarse con los teléfonos relacionados.

Atentamente,

DENISE MORENO TAYLOR
Gerente de Talento Humano
S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS
Cali- Valle

COORDINACION DE SERVICIO AL CLIENTE

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **SIERRA FLOREZ CLARA** identificado (a) con cédula de ciudadanía número 39.799.352 laboro en misión para nuestra empresa cliente **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE**, desempeñando el cargo como apoyo temporal **TECNICO** en el siguiente periodo:

Desde 2011/01/24 hasta 2011/12/12

Se expide a solicitud del interesado a los (30) días del mes de Julio de 2012 en la ciudad de Bogotá D.C.


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

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 05 de enero de 2018, a las 11:56:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	39799352
Código de Verificación	39799352180105115610

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.



NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

[Inicio](#)[Institución](#)[Contáctenos](#)

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/01/2018 a las 11:55:24 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 39799352 y
Nombres: SIERRA FLOREZ CLARA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

[Volver al Inicio](#)

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Carrera 59 N° 24-21, CAN, Bogotá DC

Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm

Requerimientos ciudadanos 24 horas

Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 400
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 103742852



WEB

11:54:40

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de enero del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLARA SIERRA FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39799352:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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



Bogotá D.C., 5 de Enero de 2018 - 12:02 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **CLARA SIERRA FLOREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

39799352

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **1_1QL85_0212**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

Medellín, 18 de enero de 2018

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

CERTIFICA:

Que CLARA SIERRA FLOREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 39799352 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 19/01/2018

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación:

C10489943231801830014

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

18/01/2018 8.20 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN



2. Concepto 0 2

Actualización

4. Número de formulario

14279457866



(415)7707212489984(8020) 000001427945786 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

3 9 7 9 9 3 5 2 - 9

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión Ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

3 9 7 9 9 3 5 2

27. Fecha expedición:

1 9 8 9 1 2 1 1

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SIERRA

32. Segundo apellido

FLOREZ

33. Primer nombre

CLARA

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección

DG 92 F SUR 3 C 28 ESTE BRR EL VIRREY

42. Correo electrónico:

klarita72@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

7 6 2 2 8 8 2

45. Teléfono 2:

3 1 0 2 6 1 0 3 2 9

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 1 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 1 2 3

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

4 1 2 3

52. Número establecimientos

Responsabilidades

53. Código:

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

X

NO

60. No. de Folios:

1

61. Fecha:

2 0 1 4 0 1 2 3

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

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

cc. 397993523

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

TOCANCHON PEÑA MARTHA CECILIA

985. Cargo:

Gestor I



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 01-07-2015

Hora: 8:35:30 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 39799352-9 CLARA SIERRA FLOREZ

Información General

Dirección DG 92 F SUR 3C 28 ESTE

Teléfonos 7622882-3102610329

Dirección electrónica klarita72@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 23/07/2012

Soporte Inscripción 14364757

Fecha Inicio Actividades 15/03/2006

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

BOGOTÁ
HUMANANA

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

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

Fuente ICA TE TOCA

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

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 09/01/2018 10:37:09

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: CLARA SIERRA FLOREZ

C.C 39799352

EDAD 46 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR FACTURACION



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒
Visiometría ☒
Audiometría ☒
Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒
Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐
Cuales ENFASIS OSTEOMUSCULAR
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

VAL NUTRICION EPS / USO DE MEDIAS ANTIVARICE / USO DE LENTES
CONTROL MEDICO EPS
USO DE EPP/ PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

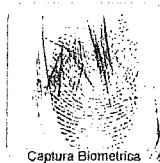
Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dra. ESMERALDA RAMOS
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. S.O 7122-2013

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705



NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



* 0 6 1 6 6 6 3 1 0 *

No. de Radicación

Fecha de Radicación

DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres Sierra Florez Clara	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 39.799.352	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 11/11/1011/1971
---	---	--	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL Surat	16. Administradora de pensiones Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC 781.242	18. Residencia Diag. 92F SUR 73C-28E	7622882 3102610329			
clarasierraflorez@gmail.com Bogotá		Zona Urbana ☒ Rural ☐		5 Usme Cundinamarca	

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 Acovedo Porras Victor Manuel	20. Tipo de documento de identidad CC	21. Número del documento de identidad 39799352	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	23. Fecha de nacimiento 11/11/1011/1964
---	--	---	---	--

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco		30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Tipo ☐ Condición ☐	Municipio o Distrito Zona Urbana ☐ Rural ☐ Departamento Teléfono fijo y/o celular	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

34. No. C	a IPS Primaria la institución prestadora de servicios de salud - IPS Subsidio Santa Librada	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
-----------	--	---

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

35. Nombre o razón social Clara Sierra Florez	36. Tipo de documento de identificación CC	37. Número del documento de identificación 39.799.352	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Diag. 92F SUR 73C-28E. 3102610329 clarasierraflorez@gmail.com Bogotá Cundinamarca	B. REPORTE DE NOVEDADES		

40. Tipo de Novedad	1. Modificación de datos básicos de identificación ☐	2. Corrección de datos básicos de identificación ☐	3. Actualización del documento de identidad ☐	4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐	5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐	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 las condiciones para cotizar ☐	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 de 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 novedad
Tipo de documento de identidad ☐ Número del documento de identidad ☐ Sexo Femenino ☐ Masculino ☐ Fecha de nacimiento ☐	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado ☐
	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones ☐

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o 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 intervención 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.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran	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.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--	--	---	---	--	--	---	---

VIII. FIRMAS

--	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CO ☐ SC ☐	Cantidad: ☐ Total: ☐
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. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de detención de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.	
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	
64. Certificación de vinculación a una 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.	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio ☐ Código del departamento ☐	67. Datos del SISBEN Número de la ficha ☐ Puntaje ☐ Nivel ☐	68. Fecha de radicación CC	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación	OBSERVACIONES:		
Tipo de documento de identidad ☐ Número del documento de identidad ☐	Firma del funcionario		

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los datos personales consignados en el Capítulo VII del formulario

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

07/2016

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SIERRA FLOREZ CLARA** identificado(a) con CC número **39.799.352** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de febrero de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de enero de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute

Dirección servicios transaccionales para clientes

Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

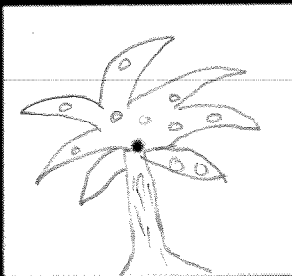
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018010912060

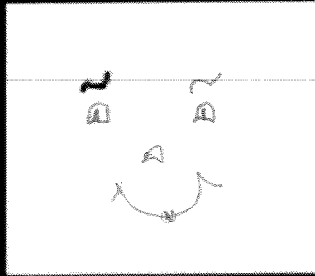
TEST WARTEGG

Nombre Clara Sierra Florez fecha 5-01-2018
Edad 46 Sexo F Grado De Escolaridad A. Admit.
Profesión Técnica Lugar De Nacimiento Bogotá

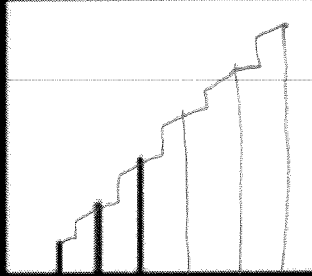
1



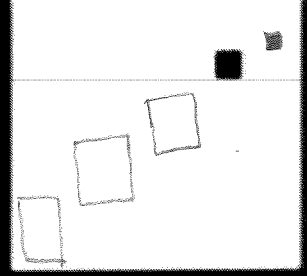
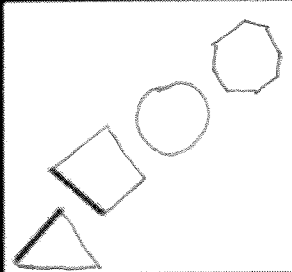
2



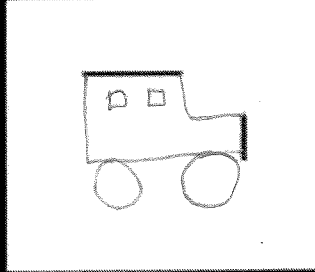
3



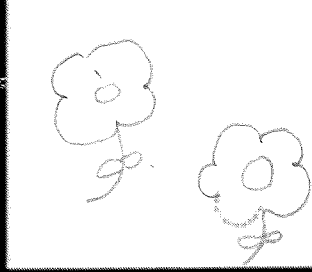
4



5



6



7



8

TITULOS DIBUJOS

1. la palmera
2. la felicidad
3. la transformación
4. Espejos
5. La geometría de la vida
6. El transporte
7. la Naturaleza
8. El renacer

DIBUJO QUE MAS LE GUSTO El renacer.

DIBUJO QUE MENOS LE GUSTO La geometría de la vida

DIBUJO QUE LE PARECIO MAS FACIL la felicidad

DIBUJO QUE LE PARECION MAS DIFICIL la transformación

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E							
		VERIFICACIÓN ESTUDIOS Y EXPERIENCIA					TH-FT-05 V1		
DEPENDENCIA O AREA		CONSULTA EXTERNA							
NOMBRE COMPLETO		CLARA SIERRA FLOREZ			CEDULA	39.799.352			
CARGO		FACTURADOR							
ESTUDIOS Y/O CURSOS					EXPERIENCIA				
BACHILLER	COLEGIO RAFAEL URIBE URIBE - BACHILLER ACADEMICO				ENTIDAD	VCO CONSULTING			
ASISTENCIAL					ENTIDAD	SUBRED CENTRO ORIENTE			
TECNICO	INSTITUTO EDUCATIVO INGABO- AUXILIAR ADMINISTRATIVO				ENTIDAD	SERVICIOS Y ASESORIAS			
UNIVERSITARIO					ENTIDAD				
ESPECIALIZADO					ENTIDAD				
ESPECIALIZADO					ENTIDAD				
VERIFICACION DE ESTUDIOS Y/O CURSOS									
DOCUMENTO	ENTIDAD EDUCATIVA Y TITULO	FECHA DE GRADUACION			FECHA DE VERIFICACION			CUMPLE	
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	SI	NO
DIPLOMA	GIO RAFAEL URIBE URIBE - BACHILLER ACADEMICO	11	9	2013	10	1	2018	X	
DIPLOMA									
DIPLOMA	TO EDUCATIVO INGABO- AUXILIAR ADMINISTRATIVO	6	12	2015	10	1	2018	X	
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
VERIFICACION DE EXPERIENCIA LABORAL									
EMPRESA O ENTIDAD	TIEMPO CERTIFICADO			FECHA DE CONFIRMACION			NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN CONFIRMA	CARGO	
	AÑOS	MESES	DÍAS	DÍA	MES	AÑO			
VCO CONSULTING		5		10	1	2018	DAYANNA CAÑAS	COORDINADORA DE TALENTO HUMANO	
SUBRED CENTRO ORIENTE	3	8		10	1	2018	MASSIEL NEIRA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	
SERVICIOS Y ASESORIAS		11		10	1	2018	LINA SARMIENTO	COORDINADORA	
OBSERVACIONES:									

FIRMA PROFESIONAL DE SELECCIÓN
2016-09-21

MANUEL ESCOBAR V.
FIRMA PROFESIONAL LIDER DE SELECCIÓN

Bogotá, D.C.
11 de Enero de 2018

Sres.
FUNDACION UNIVERSITARIA AREA ANDINA
SECRETARÍA ACADÉMICA

paolamolano@ingabo.edu.co

Ref.: Verificación de títulos

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo y deseo de bienestar. Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del títulos, según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico N° 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmar si el programa de **AUXILIAR ADMINISTRATIVA**, fue obtenido en su entidad, por las siguientes personas:

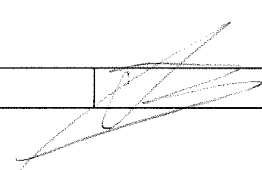
NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CEDULA	TITULO OBTENIDO	FECHA - FOLIO – REGISTRO
CLARA SIERRA FLOREZ	39.799.352	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	27 DE ABRIL DE 2015

Por favor, dirigir su respuesta al Hospital del Tunal – Área de Talento Humano, ubicado en la Cra. 20 N. 47 B- 35 Sur, o al correo electrónico subredsurseleccionth1@gmail.com

Agradezco su amable atención y pronta respuesta.

Cordialmente,

TANIA ANDREA ACOSTA
Profesional Universitario
Contratación

Proyectado por	Alejandro Bautista H.– profesional Universitario– contratación	
----------------	--	---



talento humano <subredsurseleccionth1@gmail.com>

VERIFICACIÓN DE TÍTULOS-0048

1 mensaje

talento humano <subredsurseleccionth1@gmail.com>

11 de enero de 2018, 7:44

Para: paolamolano@ingabo.edu.co

Respetados Señores

Atentamente anexamos solicitud formal para la verificación de títulos de la persona relacionada, pues es indispensable esta información para el proceso de Habilitación en Salud de las Empresas Sociales del Estado.

Agradezco su valiosa y oportuna colaboración

J. Alejandro Bautista H.
Profesional Administrativo
CONTRATACION
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

Cualquier inquietud el área Talento Humano - Selección esta a su disposición.

Cordialmente,

*Proceso de seleccion
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. E.S.E.*



**0048-CARTA VERIFICACIÓN -CLARA SIERRA FLOREZ-AUXILIAR ADMINISTRATIVO- COMPLETO -
CONSULTA EXTERNA.doc**
239K

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
VERIFICACION DE PRUEBAS Y ENTREVISTAS	TH-FT-22 V1	

DEPENDENCIA O AREA	CONSULTA EXTERNA	FECHA	12	1	2018
		DIA	MES	AÑO	
NOMBRE COMPLETO	CLARA SIERRA FLOREZ				
CARGO U OBJETO	FACTURACION				
JEFE INMEDIATO	DIRECTOS OPERATIVO FACTURACION				

A. DEFINICIÓN DEL PERFIL

1	CUMPLIMIENTO DE PERFIL	40%	39	
Observaciones: <u>Cumple de manera suficiente y funcional con el perfil esperado para el proceso ocupacional.</u>				
2	PRUEBAS PSICOTECNICAS	25%	13	
Observaciones: <u>Puede ser una persona con poco reconocimiento de su propio, puede tener nivel de energía fluctuante y ser un apersona muy permisiva a nivel social; sin embargo, puede tener metas claras.</u>				
3	ENTREVISTA PERSONAL	35%	34	
Observaciones: <u>Buena disposición e interés por pertenecer a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.</u>				
4	PRUEBA DE CONOCIMIENTOS DEL AREA	N/A		
Observaciones: _____				
TOTAL				8600%

B. PROTOCOLOS DE INICIO DE EJECUCIÓN

5	INDUCCIÓN GENERAL	FECHA	12	1	18	SI	NO	
Observaciones: _____		DIA	MES	AÑO				
					X			
6	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DOCUMENTALES						SI	NO
Observaciones: _____							X	
7	OBSERVACIONES GENERALES	_____						

8	EXAMEN MEDICO DE INGRESO						SI	NO
OBSERVACIONES							X	

CLINISUR IPS LTDA

MANUELA ESCOBAR N.

C. OBSERVACIONES FINALES O ADICIONALES

PROFESIONAL SELECCIÓN

MANUELA ESCOBAR N.