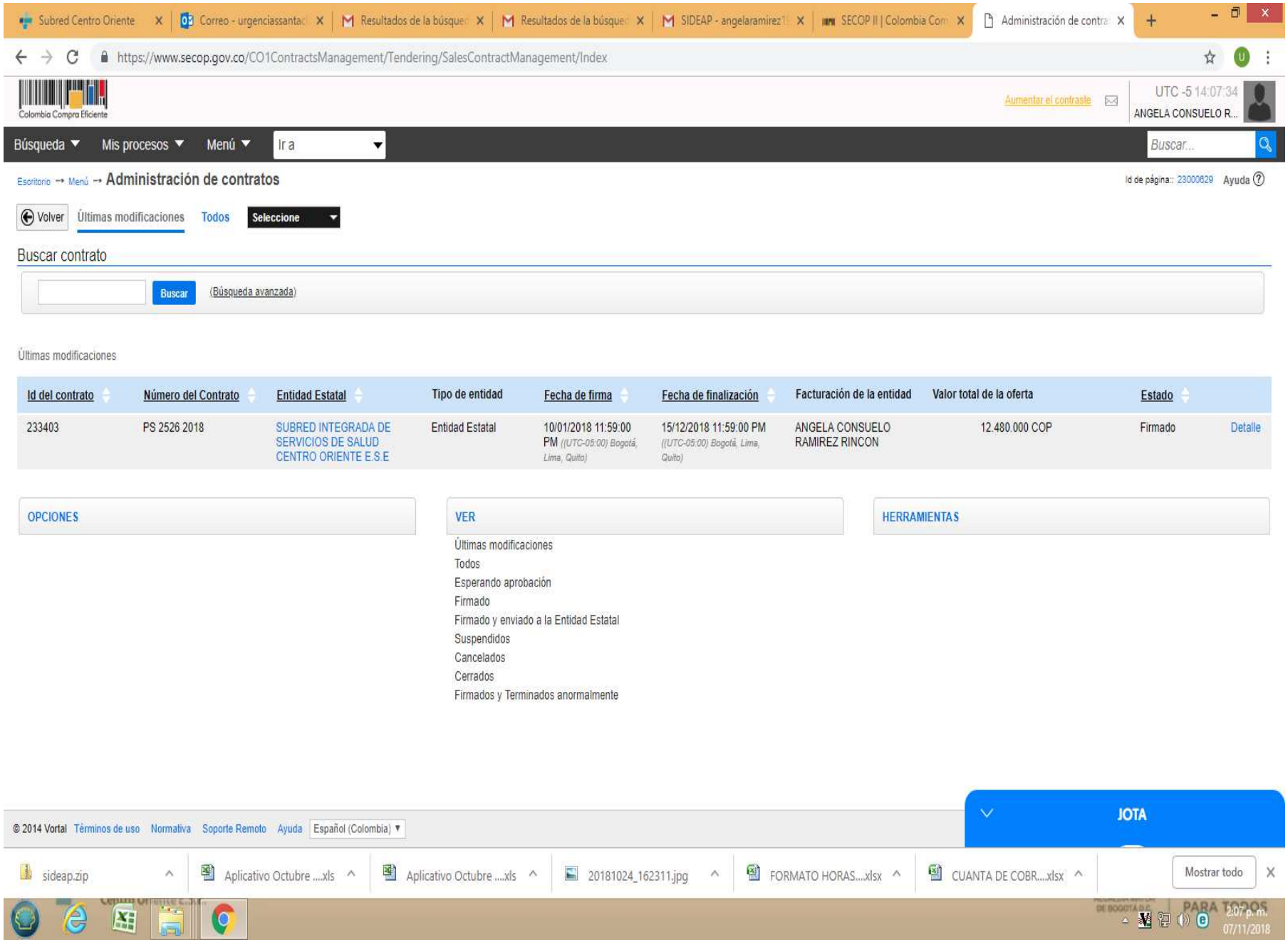



Subred Centro Oriente
Correo - urgenciassantac
Resultados de la búsque
Resultados de la búsque
SIDEAP - angelaramirez1
SECOP II | Colombia Com
Administración de contra
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 14:07:34
ANGELA CONSUELO R...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Id de página:: 23000629
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
233403
PS 2526 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
10/01/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
15/12/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON
12.480.000 COP
Firmado
Detalle
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
sideap.zip
Aplicativo Octubre ....xls
Aplicativo Octubre ....xls
20181024_162311.jpg
FORMATO HORAS....xlsx
CUANTA DE COBR....xlsx
Mostrar todo
PARA TODOS
2:07 p. m.
07/11/2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 07-nov-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RAMIREZ	RINCON	ANGELA CONSUELO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 46453436

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES SEP AÑO 1981

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Duitama

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 93B # 34-15 SUR TORRE 3 APTO 1206

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6941443

EMAIL angelaramirez1981@gmail.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 DICIEMBRE AÑO 2015
										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*
UN	10	X		ADMINISTRADOR INDUSTRIAL	6	2010	

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 07-nov-2018

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*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	urgenciashospitalsantaclara@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 1 MES 8 AÑO 2016	DIA 7 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar en salud	Urgencias	Cra 14D No. 1 45 sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	urgenciashospitalsantaclara@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 8 MES 10 AÑO 2015	DIA 31 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO GESTIoN DE ACTIVIDADES	URGENCIAS	Cra 14 b No 1 45 Sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
EXPRESS CLEAN		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	expressandclean@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4794878	DIA 4 MES 2 AÑO 2015	DIA 31 MES 7 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE DE PLANTA	OPERATIVA	Calle 73 a No 68 g 33

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 07-nov-2018

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*
RAUL GUILLERMO LOPEZ BECERRA Y/O MULTILAV		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Boyacá	Duitama	multilav@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7600228	DIA 1 MES 1 AÑO 2009	DIA 20 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ADMINISTRADORA DE EMPRESA	ADMINISTRATIVA	Cra 35 No 16 36

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	2	12
PRIVADO	6	5
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	6

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 Bogota, Noviembre 7 de 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 07-nov-2018

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: 07-nov-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 46453436 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CARRERA 93B # 34-15 SUR TORRE 3 APTO 1206 **Teléfonos** 3186009001 6941443

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE VICENTE RAMIREZ CORREA	7211777	PADRE
NUBIA STELLA RINCON ABRIL	23553963	MADRE

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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.126.600,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.126.600,00

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
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	008400753821	20 DE JULIO BOGOTA	$ 8.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	BBK 036	$ 4.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DE BOGOTA	TARJETA DE CREDITO	$ 1.000.000,00
BANCO CAJA SOCIAL	PRESTAMO VIVIENDA	$ 59.600.000,00

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: 07-nov-2018

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
JULIO CESAR ALBA TORRES	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	74374284

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 07-nov-2018

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Creada mediante Decreto 2655 de 1953 y Ley 73 de 1962

Teniendo en cuenta que:

Angela Consuelo Ramírez Rincón

C. C. Nº 46.453.436 de Duitama (Boyacá)

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos exigidos, le confiere el título de

ADMINISTRADOR INDUSTRIAL

En testimonio de ello, otorga el presente DIPLOMA

en Tunja, a los 25 días del mes de junio de 2010

Admisiones y Control
de Registro Académico
Diploma No 63897
Libro de Registro No 44
Folio No. 285
Fecha 25-06-2010

Rector *Secretario General* *Decano* *Coordinador*

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
Decreto 2655 de 1953 y Ley 73 de 1962

COPIA DE ACTA DE GRADO

De: RAMIREZ RINCON ANGELA CONSUELO

ACTA DE GRADO No. DUIT 95. En la ciudad de Tunja, Departamento de Boyacá, República de Colombia, a los 25 días de Junio de 2010, el Rector de la UPTC, el Secretario General, el Decano y el Secretario de la FACULTAD DE SECCIONAL DUITAMA, teniendo en cuenta que el(la) estudiante RAMIREZ RINCON ANGELA CONSUELO identificado con C.C No. 46453436 expedida en DUITAMA, ha cursado y aprobado, con la intensidad y extensión requeridas, los estudios de la carrera profesional, cumpliendo con el requisito de grado estatutario (Monografia con nota Sobresaliente) , para obtener el Título profesional de:

ADMINISTRADOR INDUSTRIAL

De conformidad con la Resolución Rectoral de Grado No. 2110 de fecha 25 de Junio de 2010 y en concordancia con la Ley 30 de 1992, esta Universidad , en nombre de la República de Colombia por autorización del Ministerio de Educación, le confiere el titulo mencionado y lo declara idóneo para ejercer su profesión; en testimonio de ello, se autoriza la expedición del correspondiente Diploma, el cual queda registrado en el Libro 44, Folio 285 del 25 de Junio de 2010.

En constancia se firma por quienes intervinieron en esta graduación.

RECTOR (Firmado) ALFONSO LOPEZ DIAZ
SECRETARIO GENERAL (Firmado) SILVESTRE BARRERA SANCHEZ
DECANO DE LA FACULTAD (Firmado) CELSO ANTONIO VARGAS GOMEZ
SECRETARIO DE LA FACULTAD (Firmado) CARLOS ANDRES OTALORA FONSECA

Se expide en Tunja a los 25 días de Junio de 2010

MARIO MENDOZA MORA
COORDINADOR DE ADMISIONES Y CONTROL
DE REGISTRO ACADÉMICO

SILVESTRE BARRERA SANCHEZ
SECRETARIO GENERAL

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Pedagogica y Tecnologica de Colombia
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Angela Consuelo Ramirez Rincon 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:

Administrador Industrial
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 46'453.436

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Cra 96B No 34-15 Sur Apto 1206 Torre 3

Teléfono: 3186009001

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

ELCENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

HACE CONSTAR

Que ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON identificada(o) con Cedula de Ciudadanía No. 46453436 se encuentra cursando el programa de TECNÓLOGO EN GESTION DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE SALUD el cual inició el 29 de ENERO de 2018 y finalizará el 29 de ENERO de 2020, en modalidad Presencial, con el siguiente horario, a través del Convenio N°DERIVADO No. 09 DEL MARCO 36 , celebrado con SDS - SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

DÍA	HORA INICIO	HORA FIN
LUNES	00:00	23:59
MARTES	00:00	23:59
MIERCOLES	00:00	23:59
JUEVES	00:00	23:59
VIERNES	00:00	23:59
SABADO	00:00	23:59

Se expide en BOGOTÁ a los 21 días del mes de DICIEMBRE de 2018

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR (A)
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

MULTILAV

Nit. 7.164.082-3

LAVANDERIA INDUSTRIAL
PRENDAS HOSPITALARIAS
COBIJAS
EDREDONES
LENCERIA HOTELERA
CORTINAS
TAPETES
CUBRECOLCHÓN
VESTIDOS SILLAS

RAUL GUILLERMO LOPEZ BECERRA Y/O MULTILAV

CERTIFICA QUE:

La señora **ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON** identificada con cedula de ciudadanía No 46.453.436 de Duitama, laboro en nuestra empresa en el cargo de **ADMINISTRADORA DE EMPRESAS** desempeñando las siguientes funciones (Elaboración de Nomina, contratos, licitaciones, manejo de caja menor y recurso humano, generación de planilla, afiliaciones y pago de seguridad social, bancos, pagos, pedidos, inventarios, proveedores, clientes, control de calidad, liquidaciones, capacitaciones, entre otros), desde el 1 de Enero de 2009 hasta el 20 de Diciembre de 2014.

Se expide en Duitama, a los 5 días de Enero de 2015.

Atentamente,

RAUL GUILLERMO LOPEZ BECERRA
Gerente

Duitama - Cra 35 No. 16-36 - Tel (098)7600228 - Cel. 312 4335447 / e-mail: multilav@gmail.com
TUNJA - DUITAMA - SOGAMOSO

Express & Clean

lavanderías.a.s.

NIT. 900.526.437-8

Bogotá, Agosto 05 de 2015

CERTIFICACION LABORAL

Por medio de la presente certificamos que el señor(a) ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON identificado con cédula de ciudadanía N° 46.453.436 laboro para nuestra empresa desde el 04 de Febrero de 2015, hasta el día 03 de Agosto de 2015, con un contrato a término fijo, desempeñándose en el cargo de Jefe de planta.

La presente se expide por solicitud del empleado.

En constancia firma:

Edith Mendez
EDITH MENDEZ

DPTO RECURSOS HUMANOS

Tel. 4794878

EXPRESS & CLEAN
LAVANDERIA S.A.S.
Nit. 900.526.437-8

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

CERTIFICACION N° 132

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

SE PERMITE INFORMAR QUE:

La señora **ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON,** identificada con C.C. No. 46.453.436, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad , mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
AS 3033 2015	21/10/2015	31/10/2015	$ 1.026.667
AS 3300 2015	06/11/2015	30/11/2015	$ 1.400.000
AS 4152 2015	01/12/2015	31/12/2015	$ 1.400.000
AS 0474 2016	01/01/2016	30/09/2016	$ 18.452.400
PS 1057 2017	10/01/2017	09/01/2018	$ 21.751.667
PS 2526 2018	10/01/2018	09/10/2018	$ 11.232.000

OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE BACHILLER O TÉCNICO DEL ÁREA DE LA SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LOS PROCESOS DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS Y AMBULATORIOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS
1 Recibir, codificar, y archivar diariamente las historias clínicas de pacientes siguiendo los procedimientos establecidos por la normatividad vigente, y notificar las inconsistencias que se presenten al Jefe Inmediato. 2. Digitar oportunamente los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) generados en las consultas cuando sea requerido. 3. Unificar los informes diarios y mensuales de las diferentes áreas de la unidad. 4. Apoyar la consolidación mensual de estadísticas y suministrar oportunamente la información requerida por la Subred, de conformidad con la necesidad del servicio. 5. Elaborar informes estadísticos correspondientes a la atención de pacientes. 6. Aplicar los procesos y procedimientos relacionados a sus actividades contractuales. 7. Realizar la apertura de agenda en la entidad y gestión del modulo citas medicas dentro de sus actividades contractuales. 8. Entregar oportunamente reporte de actividades de conformidad a la prestación del servicio. 9. Apoyo en la gestión de vigilancia epidemiológica, notificación obligatoria y BAI. 9. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2018 10. Entrega de resultado de acuerdo al proceso asignado. 10. Apoyar el proceso de agendamiento de citas 11. Apoyar en las diferentes actividades en las cuales sea requiera, de conformidad con la necesidad del servicio la subred Integrad de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. 12, Portar el uniforme de manera adecuada y decorosa 13. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales 14, Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato 15. En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 19 de septiembre de 2018

La presente certificación se expide con base en la información que se encuentra registrada en las Bases de Datos de las vigencias anteriores al 31 de marzo de 2016, transferidas por los antiguos Hospitales que conforman la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.,** según las disposiciones del Decreto No. 029 de 2015 que reglamenta el proceso de entrega y/o transferencia de los archivos públicos de las entidades que se suprimen, fusionen, privaticen o liquiden; y que desarrolla el artículo 20 de la Ley 594 de 2000 y el artículo 39 del Decreto Ley 254 de 2000, y con la información de las bases de datos de la Subred a partir del 1 de abril de 2016.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Reviso: Luz Helena Hernández Palacios/ Profesional Especializado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 46453436

RAMIREZ RINCON
APELLIDOS

ANGELA CONSUELO
NOMBRES

Angela Consuelo Ramirez R.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1981
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

22-OCT-1999 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0707900-70079174-F-0046453436-20000531 06115 00151I 01 083254931

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14386400163

(415)7707212489984(8020) 000001438640016 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
4 6 4 5 3 4 3 6	9	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	4 6 4 5 3 4 3 6	1 9 9 9 1 0 2 2

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	RINCON	ANGELA	CONSUELO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 68 G 73 A 09 P 3

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angelaramirez1981@gmail.com		5 4 4 0 0 1 9	3 1 8 6 0 0 9 0 0 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
7 0 1 0	2 0 1 0 0 1 0 4	8 2 1 1	2 0 0 9 0 1 0 1	8 2 9 9	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 8 2 3

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: AHUMADA CABARCAS ELIZABETH

985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-08-2016
Hora: 1:01:54 PM

CONTRIBUYENTE NIT 46453436-9 ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON

Información General

Dirección CR 68 G 73 A 09 P 3

Teléfonos 5440019/3186009001

Dirección electrónica ANGELARAMIREZ1981@GMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/08/2016

Soporte Inscripción 15782151

Fecha Inicio Actividades 01/01/2009

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 70102-ACTIVIDADES DE ADMINISTRACION EMPRESARIAL EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001091529

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Orden No:	**8248453**	Fecha de ingreso:	24-Aug-2018 8:39 am
Paciente:	**RAMIREZ RINCON ANGELA**	Fecha de impresion:	01/10/2018
Documento Id:	CC 46453436	Edad:	36 Años 10 meses 28 dias Sexo F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3186009001
Sede:	ORQUIDEA	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN ANDRADE MARVALEZ

90303357

Nombre.	RAMIREZ RINCON ANGELA CONSUELO			Fecha de recepcion:	03-sep-2018 2:41 pm
Identificacion	CC 46453436	Tel.	3186009001	Fecha de impresion:	04-sep-2018 6:59 am
Edad	36 Años 11 Meses 7 Dias	Sexo	F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS			Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8248453			Fecha Validacion	03-sep-2018 8:22:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	24.0	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

DRA ELVIRA OFELIA DIAZ IBAÑEZ
REG.2°.093 IPT
BACTERIOLOGA

Nombre: ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON
Empresa: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
Cargo: TECNICO ADMINISTRATIVO
Edad: 37

Fecha: 20/12/2018
Documento : 46.453.436
Ciudad: BOGOTA

SIPLAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD

1. Recomendaciones Generales

- ☐ 1.1 Remisión a EPS
- ☐ 1.2 Continuar manejo médico
- ☐ 1.3 Completar esquema vacunacion
- ☒ 1.4 Inicio o continuar actividad fisica
- ☐ 1.5 Suspender tabaquismo
- ☐ 1.6 Reducir consumo de alcohol
- ☐ 1.7 Control de peso y nutricion
- ☐ 1.8 Otras

2. Recomendaciones Ocupacionales

- ☐ 2.1 Calificación de origen
- ☐ 2.2 Recomendaciones para el manejo de cargas
- ☐ 2.3 Seguimiento por ARL
- ☐ 2.4 Ingreso P.V.E.
- ☒ 2.5 Uso de EPP
- ☒ 2.6 Pautas ergonómicas
- ☒ 2.7 Pausas activas
- ☐ 2.8 Uso de corrección visual
- ☒ 2.9 Uso diario de bloqueador solar
- ☐ 2.10 Otras

3. Restricciones

- ☐ 3.1 Trabajo en alturas (> 1.5 mts)
- ☐ 3.2 Trabajo en altitudes > 2.500 mts
- ☐ 3.3 Viajes
- ☐ 3.4 Trabajos en ambientes hiperbáricos
- ☐ 3.5 Trabajos en temperaturas bajas
- ☐ 3.6 Trabajo en temperaturas altas
- ☐ 3.7 Trabajos con riesgo eléctrico
- ☐ 3.8 Trabajo en espacios confinados
- ☐ 3.9 Para conducción de vehiculos
- ☐ 3.10 Cargas.
- ☐ 3.11 Manipulación de alimentos.
- ☐ 3.12 Otros.

CONCEPTO MÉDICO Ingreso ☒

- ☒ Apto para el cargo
- ☐ Apto con restricciones temporales (Ver restricciones)
- ☐ Apto con restricciones permanentes (Ver restricciones)
- ☐ Aplazado
- ☐ Apto para manipulación de alimentos.
- ☐ Calificación A, B, C, D
- ☐ Apto trabajo en alturas
- ☐ Apto para trabajo de alto riesgo (Eléctrico, temperaturas extremas, espacios confinados)
- ☐ Apto para conducción de vehículos.

Concepto MÉDICO Retiro ☐ Periódico ☐ Post Incapacidad ☐

- ☐ Satisfactorio.
- ☐ Sin restricción para continuar su labor actual
- ☐ Aplazado
- ☐ Apto para trabajo en alturas
- ☐ Apto para conduccion de vehiculos
- ☐ Apto para trabajo de alto riesgo (Eléctricos, temperaturas extremas, espacios confinados)
- ☐ Apto para manipulación de alimentos
- ☐ Presenta restricciones temporales (Ver restricciones)
- ☐ Presenta restricciones permanentes (Ver restricciones)
- ☐ Enfermedades de origen común
- ☐ Sin Diagnóstico de enfermedad laboral
- ☐ Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS/ARL
- ☐ Secuela de accidente de trabajo (AT) / Enfermedad laboral.

Observaciones:

EXAMENES REALIZADOS

- ☑ Examen Físico con énfasis Osteomuscular
- ☐ Audiometría
- ☐ Optometría
- ☐ Espirometria
- ☐ Electrocardiograma
- ☐ Rx Tórax
- ☐ Rx Columna L-S
- ☐ Cuadro Hemático
- ☐ Glicemia
- ☐ Perfil Lipídico
- ☐ Parcial de Orina
- ☐ Perfil Hepático
- ☐ Perfil renal
- ☐ FSP
- ☐ Hemoclasificación
- ☐ Espermograma
- ☐ TSH
- ☐ Serología
- ☐ A. Úrico
- ☐ Tamizaje Drogas
- ☐ Alcohol
- ☐ Colinesterasa
- ☐ Cultivo Faringeo
- ☐ KOH
- ☐ Copológico
- ☐ M Interna y/o cardiología
- ☐ Evaluacion Neuropsicológica
- ☐ Otros

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante.

Médico: Dr. Stevens Ayala A.
Medico Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Licencia No. 14756/2015

Registro Medico: 8787
L.S.O. 14756/2015
E.S.O. STEVENS AYALA AGUILAR

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:	DIC 20/18	CIUDAD:	Bogotá	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		
Ramirez	Rincón	Angela	Consuelo		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	46453.436	Duitama	1999/10/22
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
27/09/1981	Duitama	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	0	3186009001

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 96 B N. 34-15 Sur T3 Ap 202	Bogota	Boyaca	Colombia	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
angelaramirez1981@gmail.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
Alba	Torres	Julio	Cesar

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	74.374.284	Duitama	1997/06/25	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐ CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ ☐		NACIONALIDAD:	Colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	7010
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☒			SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		# NIT
GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐		900959015-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diagonal 34N.5-43	3649666	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Técnico Administrativo		**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	1'500.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	1'830.000	ARRIENDOS		INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	1'830.000 $0	TOTAL EGRESOS	1'500.000 $0	TOTAL ACTIVOS	$0	TOTAL PASIVOS	$0

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
Rincón	Silva	Martha	Cristina
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 12N. 13 -60	Sogamoso/Boyacá/Colombia	Amiga	312.324.202

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta de Ahorros	008400753821	20 de julio	3383838

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:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ 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.):

Técnico Administrativo

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.

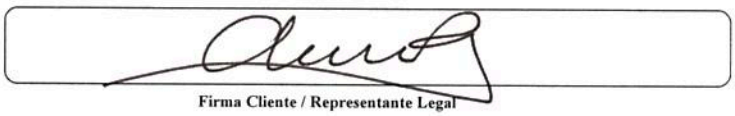
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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.AUTORIZACIÓN: 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:		

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS

(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

La afiliada ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON identificada con CC-46453436 está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE SECUNDARIO CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en las líneas gratuitas: 01 8000 110 779 ó 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Noviembre 07 de 2018.

Cordialmente,

Director Nacional Ingresos

46453436

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

Cre. Oct/2015 EPS-FT-1143

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON identificado(a) con C.C No. 46.453.436, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 07 de noviembre del 2018.

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

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



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

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
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

46'453.436	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Angela	Consuelo	Ramirez	Rincon
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

27/09/1981	Duitama	Cra 96 BN 34-15 Sur T3 Apto 1206 Torre 6 del Portal 2	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Coomeva	Colfondos	$ 1'830.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Técnico Administrativo	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

angelaramirez1981@gmail.com	3186009001
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 1022325376

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

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 viernes 21 de diciembre de 2018, a las 10:09:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	46453436
Código de Verificación	464534361812211009 35

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119558185

WEB
10:05:33

Bogotá DC, 21 de diciembre 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) ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 46453436:

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.

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2629559

Bogotá D.C., 21 de Diciembre de 2018 - 10:11 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CUARENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS**

46453436

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: 12_A8ACQ_1110
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 10:15:11 horas del 21/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **46453436**
Apellidos y Nombres: **RAMIREZ RINCON ANGELA CONSUELO**

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.

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2016/09/05

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora ANGELA CONSUELO RAMIREZ RINCON con Cédula de Ciudadania número 46453436 de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 008400753821

Fecha Apertura 2016/09/05

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA