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

FECHA DE SOLICITUD	DD	MM	AAAA
	19	11	2018

1. INFORMACIÓN GENERAL

DIRECCIÓN U OFICINA SOLICITANTE	DIRECCION FINANCIERA
AREA ESPECIFICA DE SERVICIO	FACTURACION

INFORMACIÓN CANDIDATO SOLICITADO (Especificar de acuerdo al requerimiento el nivel de estudio correspondiente)	BACHILLER	X	BACHILLER TECNICO LABORAL		TÉCNICO O TECNÓLOGO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO MÉDICO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON POSTGRADO		MEDICO CON UNA ESPECIALIZACION MEDICO QUIRURGICA		MEDICO CON DOS O MAS ESPECIALIZACIONES MEDICO QUIRURGICA	

2. DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO

PERFIL: REQUISITOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA	Nº PERSONAS
BACHILLER EXPERIENCIA DE UN (1) AÑO, BACHILLER Y/O TECNICO CON CONOCIMIENTOS EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE EN SALUD, RESOLUCION 3037, DECRETO 4747, MANEJO DE TARIFAS SOAT (FACTURADORES DE URGENCIAS/HOSPITALIZACION)	1

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL SERVICIO (ACTIVIDADES DEL PROCESO)

	ACTIVIDADES ESPECIFICAS A REALIZAR
1	Crear de forma completa a los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de captación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna
2	Asignar cama en el sistema de información de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno.
3	Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB , sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificadas las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente
4	Verificar y realizar los cargos diarios (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para tramite de paz y salvo, generación de factura, Recaudo de dinero, elaboración de pagarés por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería.
5	Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación
6	Presentar aportes de pendientes dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales,En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar, y las demas que sean asignadas por el líder del area
7	
8	
9	

4. JUSTIFICACIÓN

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. requiere la contratación de un profesional administrativo a fin de garantizar la eficaz y eficiente ejecución de los procesos al interior de la oficina de FACTURACION (Area a la cual pertenece el profesional), para dar continuidad en el proceso

SOLICITANTE			APROBACIÓN		
NOMBRE	CARGO- DIRECTOR O JEFE DE OFICINA	FIRMA	NOMBRE	SUBGERENCIA U OFICINA ASESORA	FIRMA
MAURICIO AREVALO BERNAL	DIRECTOR FINANCIERO		JOSÉ ORLANDO ÁNGEL TORRES	SUBGERENTE CORPORATIVO	

5. ESPACIO EXCLUSIVO PARA TALENTO HUMANO

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

C.C. 52539168 CONTRATISTA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.539.168
NUMERO

POSADA
APELLIDOS

CLAUDIA GIMENA
NOMBRES

Claudia Gimena Posada
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-DIC-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500103-47154923-F-0052539168-20061228 02666 06362M 02 226897311

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Posada		Claudia Ximena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAS ○ No. 52539168 | SEXO: F ● M ○ | NACIONALIDAD: COL ● EXTRANJERO ○ | PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 30 MES 08 AÑO 1979

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Kra 27 # 74c-01 sur

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

TELÉFONO: 3143923785 EMAIL: Claqipo79@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 BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: FECHA DE GRADO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 1997
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	1	X		Auxiliar de Oficina y Archivo.	06	2003	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	e.subredsur.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 05 MES 08 AÑO 2016	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Administrativo	Facturador	Kra 18 # 606 - 36 sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Meissse. E.S.E	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7693131.	DÍA 05 MES 03 AÑO 2005	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Administrativa	Facturación	Kra 18 # 606 - 36 Sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Mario Gaitan Yanguas	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Soacha	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7219227-7219228.	DÍA 01 MES 03 AÑO 2003.	DÍA 30 MES 06 AÑO 2003.

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Oficina	Centro de Salud Quintaranes	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	13.	10.
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	13	10.

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, 15 Noviembre. 2018.

Claudia Cáceres Posada.

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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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, Claudia Gimena Posada.

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 52539.168. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia | Departamento Cundinamarca | Municipio Bogota

Dirección Kra 27 # 74C-01 sur | Teléfonos 3143923785.

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Johan felipe Novoa Posada.	1032796984	Hijo
Angel Santiago Mendieta Posada	1032796380.	Hijo.

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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	18.074.556.
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 18.074.556.

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	Ahorro.	004870232578.		0.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3	N°

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

Claudia Ximena Posada.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota, 15-nov-2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

ALCALDIA MAYOR DE SANTAFE DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE EDUCACION
CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL CONFEDERACION SUIZA -L.S-

FOLIO 147

Creado por Acuerdo No. 017 de Octubre de 1192

Inscripción S.E.D 6568 Inscripción DANE 111100136785

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C., a los 28 días del mes de noviembre de 1997, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, se reunieron las suscritas: Rectora y Secretaria del Centro Educativo Distrital Confederación Suiza - L.S. - CEDISCONSU.
Institución aprobada hasta el último grado en el Nivel de Educación Media Técnica y autorizado por la Secretaría de Educación de esta ciudad para otorgar el Título de Bachiller en las modalidades Contable Comercial según Acuerdos de CONSEJOS DIRECTIVOS Nos. 002 del 15 de febrero de 1997 J.T. y 002 del 12 de abril de 1997 J.M, de conformidad con la circular No. 17 de 1997 emanada por la S.E.D.
Comprobada la situación legal y académica definitiva de cada uno de los alumnos, se procede a otorgar los Títulos de:

BACHILLER COMERCIAL
BACHILLER CONTABLE

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

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	C.C. o T.I.	EXPEDIDA EN
139	POSADA CLAUDIA GIMENA	B.COMERCIAL	790830-02315	BOGOTA

Fiel copia tomada del acta Original General No. 001del 28 de noviembre de 1997 que consta de 215 alumnos que comienza con el nombre de ABRIL GARCIA ROSA ANGELA y se cierra con el nombre de ZEMANTE GARCIA GUSTAVO, firmado por ROSAURA MESTIZO DE MONTAÑA (Rectora) y NANCY EDITH SANCHEZ LOPEZ (Secretaria).

Dada en Santafé de Bogotá a los 28 días del mes de noviembre de 1997

ROSAURA MESTIZO DE MONTAÑA
Rectora C.C. No. 41.520.528 de Bogotá

Firma: _____

NANCY EDITH SANCHEZ LOPEZ
Secretaria C.C. No. 43.502.855 de Medellín

Firma: _____

Nit. 830.004.656-0
Nota: Suspensión y prohibición del uso de sellos (Art. 11 Dcto. 2150/95)
ACLARACION: *Creado por Acuerdo Distrital No. 017 del 13 de Octubre de 1992*

COLSUBSIDIO

UNION TEMPORAL

CAMARA JUNIOR DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE

Posada Claudia Gimena con Cédula de Ciudadanía No 52.539.168, realizó y aprobó satisfactoriamente el curso de AUXILIAR DE OFICINA Y ARCHIVO desarrollado por el Programa JOVENES EN ACCION dentro del marco del PLAN COLOMBIA, desde el 12 de Noviembre de 2002 hasta el 17 de Mayo de 2003.

El curso estuvo compuesto por módulos equivalentes a 360 horas de capacitación en:

Formación del Oficio

Conceptos básicos de matemática y redacción, manejo básico de computador, manipulación de archivo, atención y servicio al cliente, realiza diligencias de oficina.

Formación Laboral

Aspectos para su ubicación laboral (hoja de vida, entrevista, presentación personal), ubicación en contexto laboral, Organización Empresarial , Trabajo en Equipo.

Plan de Vida

Liderazgo, Desarrollo del talento humano, Comunicación, Marketing personal: presentación personal, plan de vida individual, responsabilidad como ciudadano activo

De igual forma se desarrolló una fase Práctica Laboral Dirigida de 480 horas

Se expide la presente, a solicitud de la interesada, a los cuatro (04) días del mes de Junio de 2003, en constancia firma:

MARTHA MAGDALENA DELGADO
Representante Legal
Programa Jóvenes en Acción UTCJC

RAMON ALBERTO SUAREZ C
Delegado Técnico
Programa Jóvenes en Acción UTCJC

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
SOACHA

NIT. 800.006.850 - A - 7

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICA QUE:

- *La señorita* ***CLAUDIA GIMENA GOMEZ POSADA****, identificada con Cédula de Ciudadanía No.52.539.168, expedida en Bogotá, se desempeño como Auxiliar de Oficina y Archivo, desarrollando las siguientes funciones: Facturadora, Archivo y Manejo de correspondencia en el Puesto de Salud de Quintanares.*

La presente se expide por solicitud del interesado a los 13 trece días del mes de Mayo de Dos Mil Tres (2.003).

DR. JOSE MAURICIO ALVAREZ
Director

DRA. EDNA MARIBEL JIMENEZ
Subdirección Comunitaria

Bogotá 02 de enero 2002

CERTIFICACION

La suscrita Jefe Administración Gestión Humana, certifica que el (la) señor(a) ***POSADA CLAUDIA GIMENA,*** *Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía* ***Número 52.539.168,*** *Trabajó en esta Compañía desde* ***01 DICIEMBRE DE 2001*** *hasta* ***DICIEMBRE 24 DE 2001,*** *siendo su último cargo* ***OFICIOS VARIOS VENDEDORA***

La presente Certificación se expide de acuerdo al numeral 7°. Del artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo.

Se expide con destino PERSONAL

Cordialmente,

MARITZA FONSECA GRAJALES
Jefe Administración Del Desempeño

Copia: Hoja de Vida
hdt

ICONTEC
CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD
Código No. 220-1
Producción y venta de mallas y tejidos industrial en tejido de punto
Norma ISO 9002:94

Carrera 70 A No. 21 - 53 PBX: (571) 424 72 11 Fax: (571) 292 77 07
Servicio al Cliente 9800 919936 A.A. 90555 E-mail: hilacol@impsat.net.co
Bogotá, D.C. - Colombia

Hilacol S.A.

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 16 de noviembre de 2018, a las 06:18:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52539168
Código de Verificación	52539168 181116061831

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

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

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2542265

Bogotá D.C., 16 de Noviembre de 2018 - 6:19 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **CLAUDIA GIMENA POSADA** , quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO SESENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C

52539168

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_2KQ_196
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 117959613

WEB
06:17:30

Bogotá DC, 16 de noviembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA GIMENA POSADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52539168:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:17:05 horas del 16/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52539168**

Apellidos y Nombres: **POSADA CLAUDIA GIMENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Vive Digital
INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

Carrera 27 Nº 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

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: 14227237002

(415)7707212489984(8020) 000001422723700 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 5 3 9 1 6 8	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 5 3 9 1 6 8	1 9 9 7 1 2 1 5

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
POSADA		CLAUDIA	GIMENA

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 27 74 C 01 SUR

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
clagipo79@hotmail.com		7 9 0 9 7 3 6	3 1 4 3 9 2 3 7 8 5

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
8 2 9 9	2 0 0 6 0 3 3 1					

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																	

DOCUMENTO SIN COSTO

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 3 0 1 3 0

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: POSADA CLAUDIA GIMENA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 25-07-2016
Hora: 11:13:40 AM

CONTRIBUYENTE CC 52539168 CLAUDIA GIMENA POSADA

Información

Dirección	CR 27 74 C 01 SUR
Teléfonos	7909736/3143923785
Dirección	CLAGIPO79@HOTMAIL.COM
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	25/07/2016
Soporte Inscripción	22413459
Fecha Inicio Actividades	31/03/2006
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio

SERVISALUD
DEL OLAYA IPS E.U. NIT. 830.136.321-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762-01
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08

Calle 27 Sur No. 14-43 Tel: 4073550
Bogotá D.D. - Colombia
www.servisaluddelolaya.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 21/07/2018

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ] **TRABAJO EN ALTURAS** [ ]

INFORMACION GENERAL:

Nombre del Trabajador: CLAUDIA GIMENA POSADA **Sexo:** [F]

Documento de Identidad: C.C. [X] **T.I.** [ ] **C.E.** [ ] **Numero: 52.539.168** **Edad: 37 AÑOS**

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMENES	CRESULTADO	OBSERVACIONES
COLESTEROL TOTAL	127	
COLESTEROL HDL	76	
COLESTEROL LDL	65	
TRIGLICERIDOS	126	
GLICEMIA	77	
CUADRO HEMATICO	NORMAL	
AUDIOMETRIA	AUDICION DENTRO DE PARÁMETRO NORMALES BILATERAL	
OPTOMETRIA	NORMAL	
ESPIROMETRIA	NORMAL	
TEST DE VERTIGO	NORMAL	
HEMOCLASIFICACION O +	ESTATURA 1.55 CMS PASO 58 KG	

CONCLUSIONES

1 RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI [ ] NO [X] Tratamiento: S I [ ] NO [X] Cual? _____

2 Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS POSTUALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO SIN RESTRICCIONES	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO			REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES			REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS			PRESENTA ALTERACION EN SALUD		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
Estas alteraciones la futura capacidad laboral del trabajador?		

El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Medico

Firma: _____

Nombre: DIEGO HERRERA G.

Dr. Diego Herrera G. MEDICO SALUD OCUPACIONAL RM. 8085/4T2

Trabajador

Firma: _____

Nombre _____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: viernes, 16 de noviembre de 2018 06:00 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	52539168
Nombres y Apellidos	CLAUDIA XIMENA POSADA		
Fecha de nacimiento:	30/08/1979		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	18/05/2018	GC FLU	V50218006	HOSPITAL EL TUNAL
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) **CLAUDIA GIMENA POSADA** identificado(a) con Registro Civil **52539168** se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como beneficiario Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20090701	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Noviembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10145077

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **POSADA CLAUDIA GIMENA** identificado(a) con **CC** número **52.539.168** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2001 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de noviembre 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

20181116080052

Bogotá0., 01 de Diciembre de 2018

Doctora
Claudia Helena Prieto Vanegas
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
Ciudad

ASUNTO: PROPUESTA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS

Comedidamente me permito presentarles 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 por prestación de servicios como **Auxiliar Administrativo – Facturación**. Bajo la modalidad de actividades y/o productos, sometidos a la suspensión 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, para acreditarlos, anexo documentos respectivos.

Presento la propuesta como persona natural con disponibilidad de tiempo **Para Cumplir Obligaciones Requeridas** y bajo gravedad de 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 de por la subred E.S.E y manifiesto conocer y aceptar la naturaleza del contrato de prestación de servicios en caso de concretarse la contratación.

DIRECCION: CRA 27 No. 74 C - 01 SUR
TELEFONO: 3143923785
CORREO: clagipo79@gmail.com

NOMBRE: CLAUDIA GIMENA POSADA
CC. 52539168 BOGOTA