

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Secretaría de Planeación y Desarrollo Urbano</small>
			Fecha de aprobación	09/11/2016	
			Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52749417						
CORREO ELECTRONICO:				ingridrami22@gmail.com				CELULAR:		3112018931					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				SEDE:		Fontibon					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		K32	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				4518 7005 8885								PENSIONADO		NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4110-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 5 DE 8			
NÚMERO DE CDP		1416		FECHA		22/08/2018		NÚMERO DE CRP		39323		FECHA		31/08/2018	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						1	9	2018			30	9	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				3.747.240											
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$29.977.920
VALOR EJECUTADO	\$18.736.200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3.747.240
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$11.241.720
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	63%

El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

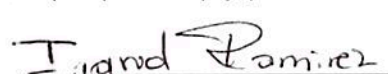
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	\$1.498.869,00	\$187.400	\$239.900	3	\$36.600	\$463.900

Dado en Bogotá en el mes de Septiembre del año Dos Mil diesiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



SMITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ubicación del Servicio:	FO09	Sede: CADE
No. DE CONTRATO:	4110-2018	Periodo certificado desde el
		Día Mes Año
		1 9 2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	INGRID MARCELA RAMIREZ GLAVIJO	C. C. 52.749.417 DE BOGOTÁ

Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Elaboración y seguimiento al plan de acción de acuerdo al lineamiento Distrital (Uno para la vigencia, pero con seguimiento mensual).	SI	SEGUIMIENTO DE PLAN DE ACCION PARA LA VIGENCIA JULIO-DICIEMBRE 2018.	SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION JULIO-DICIEMBRE 2018
• Revisión, validación, seguimiento y cierre de casos notificados que cumplan con definición de caso de morbilidad neonatal extrema.	SI	REVISION CALIDAD DE LOS FORMATOS DE NOTIFICACION, SE HACE VERIFICACIÓN DE 100 CASOS NOTIFICADOS POR LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	SE RELIZA PRECRITICA SEMANAL DE FICHAS DE NOTIFICACION Y ENTREVISTAS DE LOS CASOS MNE. SE RELIZA DEPURACION DE BASE SEPTIEMBRE MNE, DONDE SE DEBEN REALIZAR DIVERSOS AJUSTES POR PARTE DE LAS PROFESIONALES DE ENFERMERIA FISICO CONTRA BASE. ACTAS MENSUALES DE LA PRECRITICA DE FICHAS
• Vigilar y garantizar la canalización de casos priorizados que requieran intervención de los diferentes espacios, programas, provisión de servicios, aseguramiento y otros sectores.	SI	NOTIFICACION DE CASOS PRIORIZADOS A ESPACIO VIVIENDA PARA SEGUIMIENTO, SE HACE CANALIZACIÓN DE 150 CASOS.	BASE DE DATOS CON 150 CASOS MNE RESIDENTES EN BOGOTÁ, LOS CUALES SON CANALIZADOS A ESPACIO VIVIENDA A LA REFERENTE DISTRITAL LAURA BOCANEGRA. MEDIANTE CORREO ELECTRONICO.
• Realizar auditoría interna y concurrencia a las actividades ejecutadas por el grupo.	SI	REVISION DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS CADA MES POR CADA UNA DE LAS PROFESIONALES	INFORME DE AUDITORIA, BASE DE DATOS DE CONCURRENCIA DE CASOS NOTIFICADOS EN EL MES DE AGOSTO
• Realizar el análisis epidemiológico e identificación de factores asociados a los eventos de Morbilidad neonatal extrema, a fin de generar "información para la acción", con el fin de establecer hipótesis que puedan generar otras investigaciones (Un documento trimestral).	SI	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES
• Liderar las unidades de análisis utilizando las metodologías establecidas (según cronograma distrital).	NO	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES
• Realizar análisis y triangulación de la información con los eventos de embarazo en adolescente, malformaciones congénitas y mortalidad infantil.	SI	CRUCE DE BASES DE LOS DIFERENTES EVENTOS, SE HACE EL CRUCE CON LOS EVENTOS DE EMBARZO EN ADOLESCENTE, MALFORMACIONES CONGÉNITAS, MORTALIDAD MATERNA, MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y MORTALIDAD PERINATAL SE ENTREGA INFORME EN EXCEL	SE RELIZA CRUCE DE DATOS MNE CON BASE DE DATOS DE DEFECTOS CONGENITOS, MORBILIDAD MATERNA, MORTALIDAD MATERNA, ENFERMEDADES HUERFANAS Y PERINATAL.
• Elaboración de artículos relacionados con la MNE para su publicación.	SI	SE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN DEL ARTÍCULO	AVANCES DEL ARTICULO PARA LA VIGENCIA. REDACCION Y ANALISIS ESTADISTICO
• Generar espacios de articulación con los sub sistemas de vigilancia distrital, así como con las acciones colectivas por espacio para la Vigilancia Centinela de la MNE.	SI	SE REALIZARON 3 REUNIONES. CON LIDER DISTRITAL DONDE SE REVISARON AVANCES PARA ARTICULO, Y PRODUCTOS DEL MES DE SEPTIEMBRE	ACTAS DE REUNION Y LISTADO DE ASITENCIA
• Retroalimentar a las Unidades de cuidado intensivo neonatal, sobre los hallazgos identificados en la Vigilancia Centinela de la Morbilidad neonatal extrema.	SI	REUNIONES CON COMUNIDAD, SOCIALIZACION DE DERECHOS CONGENITOS, REUNION RUTA DE LA VIGILANCIA DE CARDIOPATIAS	ACTAS DE REUNION Y LISTADO DE ASITENCIA. 12.09.2018
• Depurar, validar y actualizar las bases de datos.	SI	DEPURACION DE BASE DE DATOS MENSUAL, SE HACE LA DEPURACIÓN CON LAS ENFERMERAS DELA BASE DE SEPTIEMBRE CON 200 CASOS.	BASE DEPURADA CON CALIDAD
• Realizar monitoreo y seguimiento a indicadores.	SI	SEGUIMIENTO A INDICADORES, SE ALIMENTA LA BASE EN EXCEL Y SE MIDEN LOS INDICADORES PARA LAS 22 UPGDS CENTINELA	INFORME DE SEGUIMIENTO A INDICADORES

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3.747.240 TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

CONTRATISTA: <u>Ingrid Ramirez</u>	Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <u>[Firma]</u>
------------------------------------	--

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

13/9/2018

Editar



Administración de Contratos



UTC -5 21:04:33

INGRID MARCELA RA...



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

Id de página: 23000726 Ayuda (?)

1 Información general

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
certificacion_abril.pdf (Archivado)	certificacion_abril.pdf	Proveedor Descargar
certificacion_mayo.pdf	certificacion_mayo.pdf	Proveedor Descargar
certificacion_junio.pdf	certificacion_junio.pdf	Proveedor Descargar
certificacion_julio.pdf	certificacion_julio.pdf	Proveedor Descargar
certificacion_agosto.pdf	certificacion_agosto.pdf	Proveedor Descargar

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO identificado(a) con cedula ciudadanía 52.749.417, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20180504	No Registrada	26

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
VALERY SOFIA LOPEZ RAMIREZ	HI	1031425689	RC	20180504	0	Activo	26

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E

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 LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10131115

CER-AFI



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMIREZ CLAVIJO INGRID MARCELA** identificado(a) con **CC** número **52.749.417** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de marzo 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 13 de septiembre 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

201809132046



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 13-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52749417 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CLL 146 No 21-75 Apto 503

Teléfonos 3112018931 7214816

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
VALERY SOFIA LOPEZ RAMIREZ	1031425689	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 3.700.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 3.700.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	0570451870058885	SUBA IMPERIAL	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	CARRO	\$ 31.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	CREDITO DE VIVIENDA	\$ 70.000.000,00

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

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

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 13-sep-2018

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
LUIS FERNANDO LOPEZ CIFUENTES	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	80208978

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Ingrid Ramirez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-sep-2018
CIUDAD Y FECHA



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-sep-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RAMIREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CLAVIJO	NOMBRES INGRID MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52749417	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 8 MES MAR AÑO 1984 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CLL 146 No 21-75 Apto 503 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7214816 EMAIL ingridrami22@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 BACHILLER COMERCIAL	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										☒	FEBRERO	2001

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
ES	3	X	ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA GENERAL	3 2011	52749417
UN	10	X	SIN REGISTRAR	12 2005	52749417

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
Inglés	X			X			X		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL COMPLEJO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-sep-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 SUROCCIDENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	vpsuroccidente@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3753569	DÍA 3 MES 4 AÑO 2017		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EPIDEMIOLOGA	SALUD PUBLICA	Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED NORTE E.S.E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	vspnorte@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6853030	DÍA 1 MES 9 AÑO 2016		DÍA 31 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EPIDEMIOLOGA	SALUD PUBLICA	Calle 66 No 15- 41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SERVICIOS Y ASESORIAS, SERVICIOS TEMPORALES		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	comunicaciones@serviasesorias.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6621111	DÍA 1 MES 6 AÑO 2015		DÍA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EPIDEMIOLOGA	SALUD PUBLICA	Carrera 104 # 152C - 50	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA OPORTUNIDAD PÚBLICA

Última Actualización: 13-sep-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
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	coordinadoravspunjuelito@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4853551	DÍA 1 MES 9 AÑO 2013		DÍA 30 MES 4 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EPIDEMIOLOGA	SALUD PUBLICA	Transversal 44 No 51 B 16 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SUBA II NIVEL E.S.E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hospitalsuba@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6621111	DÍA 1 MES 6 AÑO 2012		DÍA 31 MES 8 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EPIDEMIOLOGA	SALUD PUBLICA	Carrera 104 # 152C - 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL E.S.E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	spublicahospitalengativa@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4304930	DÍA 1 MES 5 AÑO 2011		DÍA 31 MES 5 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EPIDEMIOLOGA	SALUD PUBLICA	Trv 100A 80A - 50	

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	5	11
PRIVADO	1	1



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAPO

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-sep-2018

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	1

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Ingrid Ramirez

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

Seguridad al paciente: Vista: Usuario

Warning: Activity deletion in progress! Some grades are about to be removed.

Usuario - INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO

Informe general

Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
✓ Revisemos si aprendimos realizando esta actividad de evaluación	50.00 %	10.00	0-10	100.00 %		50.00 %
✓ Resuelve las siguientes actividades	50.00 %	8.73	0-10	87.27 %		43.64 %

Seguridad al paciente

Medellín, 18 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52749417 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 20/05/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

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: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

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 válido por un mes: C527494171826150873

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:

18/09/2018 2:07 PM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

