EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	02
		VIGENCIA	04/05/2023

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS: SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA

CARGO: REFERENTE DE CARTERA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTION DEL TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	✓			
2	Hoja de vida en pdf (actualizada con foto)	✓			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	✓			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	✓			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses	✓			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses	✓			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	✓			
8	Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses	✓			
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	✓			
10	RUT Actualizado	✓			
11	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	✓			
12	Certificado actual de afiliación EPS	✓			
13	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	✓			
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	✓			
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II	✓			
16	Formato de oferta de prestación de servicios	✓			
17	Formato de indemnidad	✓			
18	Formato de ARL	✓			
19	Autorización manejo de datos personales (habeas data)	✓			
20	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	✓			
21	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	✓			
22	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	✓			
23	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	✓			
24	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	✓			
25	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría *Vigencia de 3 años	✓			
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
26	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
27	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
28	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
29	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado	✓			
30	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Tarjeta profesional				
33	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
34	ReTHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)				
35	Resolución de convalidación de títulos *Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
36	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
37	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
38	Manejo del duelo (Asistenciales)				
39	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	✓			
	AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
40	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
42	Toma de muestra con fecha de vigencia				
43	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
44	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
45	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
46	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
47	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
48	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
49	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
50	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
51	Retiro e inserción DIU				
52	Retiro e inserción JADELLE				

53	Certificado de formación en toma de citología				
54	Soporte vital avanzado				
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
55	Soporte v tal avanzado				
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				
56	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
57	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
58	Registro único nacional de tránsito RUNT				
59	Licencia de conducción				
60	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito				
61	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.				
	AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA				
62	Soporte vital básico				
63	Primeros Auxilios				
64	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	INGENIERO BIOMEDICO				
65	Certificado del registro INVIMA				
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO				
66	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
67	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
68	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
69	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
	SERVICIO DE ALIMENTACION				
70	Certificación de manipulación de alimentos				
71	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
	MANTENIMIENTO				
72	Certificado curso de alturas				
73	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
	EXPERIENCIA LABORAL				
74	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado				
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADORA TALENTO HUMANO
ROSANA ALEXANDRA SANTO ANGEL

Soacha, 27 de octubre de 2023

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Sergio Julián Rojas Mahecha

Cargo: Referente de Cartera

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



Sergio Julián Rojas Mahecha
CC: 1.054.550.469
Dirección: Calle 4 No 70ª-23 Bogotá
Email: Julianrojas061@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3103260872

SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA

Calle 4 No 70ª - 23 Bogotá D.C
Julianrojas061@gmail.com
3103260872



PERFIL PROFESIONAL

Soy Ingeniero Industrial con experiencia en el área financiera del sector salud en hospitales públicos, con conocimientos en áreas como facturación, cuentas médicas y cartera, con experiencia en el manejo de cuentas por cobrar en actividades de grupos de trabajo para la recuperación de cartera de acuerdo con la normativa del sector. Con capacidad de análisis de información para la elaboración de informes y requerimientos propios del área, la dirección financiera y las entidades de control.

Experiencia Laboral

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA

Noviembre 2021 - Actualidad.

- Elaboración de informes y requerimientos propios del área y de las entidades de control, (Personeria, Contraloría, Superintendencia Nacional de Salud, Secretaría Distrital de Salud) (Revisoría Fiscal, Desarrollo Institucional, Planes de Mejoramiento y Ajustes Financieros).
- Establecer el acercamiento con los diferentes deudores para realizar cruces de saldos de cartera.
- Programar y cumplir las citas con conciliación de cartera, relacionado a la gestión del cobro realizado.
- Hacer seguimiento, control y circularización de cartera a las entidades responsables de pago.
- Elaborar y hacer seguimiento del cobro persuasivo agotando los tiempos establecidos en las normas vigentes para el recaudo de la cartera.
- Realizar gestión de cobro de cartera y solicitud de soportes de pago, mediante herramientas como correos electrónicos, teléfono o visitas presenciales.
- Realizar visitas a las empresas asignadas con el fin de hacer seguimiento de los estados de cartera.
- Elaboración de informes de gestión dando respuesta a las solicitudes de las empresas de salud y entes de control.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ANALISTA DE CUENTAS MEDICAS

Agosto 2016 – Noviembre 2021

- Clasificar los motivos de las objeciones reportados por las entidades, teniendo en cuenta el causal para facilitar el proceso de respuesta.
- Ubicar los documentos y soportes necesarios para efectuar las respuestas a las objeciones.
- Gestionar la respuesta y verificar que están los soportes necesarios para los trámites pertinentes dentro del software de la institución.
- Elaboración de informes de gestión dando respuesta a las solicitudes de las empresas de salud y entes de control.

HOSPITAL LA VICTORIA E.S.E

ANALISTA DE FACTURACION Y CARTERA

Mayo 2013 – Julio 2016

- Realizar gestión de cobro de cartera.
- Dar trámite a la recepción y contestación de objeciones de facturación.
- Elaboración de informes mensuales de facturas.
- Apoyo a los demás informes solicitados por los entes de control.
- Elaboración de oficios y comunicados internos y externos.
- Apoyar el proceso de gestión documental incluyendo la radicación y digitalización a través de la plataforma interna.

Formación Académica

Ingeniería Industrial (Fundación Universidad Autónoma de Colombia) - Julio 2020.

Habilidades

Mis habilidades incluyen análisis de información para el seguimiento de indicadores y elaboración de informes, coordinación de actividades de grupos de trabajo para la recuperación de cartera. Soy innovador, comprometido con habilidades comunicativas, orientado al emprendimiento.



SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA
C.C 1.054.550.469 de La Dorada

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.054.550.469**

ROJAS MAHECHA

APELLIDOS

SERGIO JULIAN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-NOV-1989**

PACHO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-NOV-2007 LA DORADA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-0904900-00091702-M-1054550469-20081010 0004151370A 1 28115393

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1054550469

APELLIDOS Y NOMBRES

ROJAS MAHECHA

SERGIO JULIAN

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2019	2029	2039

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 28-NOV-2007

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

2320321

EJ AUK 438

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 234479343

PIB
09:44:51

Bogotá DC, 07 de noviembre del 2023

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) SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1054550469:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 26 de octubre de 2023, a las 20:55:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1054550469
Código de Verificación	1054550469231026205554

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en linea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:57:03 PM horas del 26/10/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1054550469**
Apellidos y Nombres: **ROJAS MAHECHA SERGIO JULIAN**

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 los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

[redacted]

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 07/11/2023 09:41:31 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1054550469 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **77379177** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14879091776

(415)7707212489984(8020) 000001487909177 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 4 5 5 0 4 6 9	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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	1 0 5 4 5 5 0 4 6 9	2 0 0 7 1 1 1 6

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	MAHECHA	SERGIO	JULIAN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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: TV 53 19 SUR 34

42. Correo electrónico: julianrojas061@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 2 6 0 8 7 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 6 0 8 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 11 - 29 / 10 : 43: 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ROJAS MAHECHA SERGIO JULIAN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	7/6/2022

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

FECHA:	2023-11-01	CIUDAD:	Soacha	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ROJAS	MAHECHA	SERGIO	JULIAN

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1,054,550,469	La Dorada	2007-11-16

PASAPORTE		OTRO		ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI	X	NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1989-11-06	Pacho Cundinamarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)		DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE		(A)	1	1	3103260872

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER		POSGRADO		UNIVERSITARIO	X	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 4 No 70a-23	Bogota	Cundinamarca	Colombia	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
julianrojas061@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA x

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			

PASAPORTE		OTRO		CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA:	SI		NO		NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

SALARIADO		ESTUDIANTE		HOGAR		PENSIONADO	
SOCIO		CONTRATISTA	X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO	CUAL:
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA						CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI	X	IVA	SI		NO	X	8299	
		NO		ICA	SI		NO	X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE				AGENTE RETENEDOR			AGENTE AUTORETENEDOR		
SI		NO	X		SI			SI	
					NO	X		NO	X

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
S	NO X		NO X	ESE Región de Salud Soacha

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | | | |

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	7/6/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Calle 13 No 9-97	(601) 7309230	Soacha	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	REFERENTE DE CARTERA	FECHA VINCULACION	Noviembre 2023

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 2.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 1.000.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 3.800.000	TOTAL EGRESOS	$ 3.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Martinez	Garcia	Julio	Andres
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	Facatativa	Amigo	

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	Cuenta de Ahorros	8400701671	20 de Julio	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACI ☐ EXPORTACIO ☐ TRANSFERENCIAS ☐ 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Aqui debe diligenciar el perfil por el cual se contratara ej: Referente de Cartera

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 8000006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

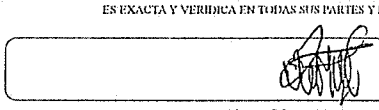
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha 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 ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

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

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA[1]

Anual [2]	
Al momento de la vinculación	X

Yo Sergio Julián Rojas Mahecha identificado(a) con cédula de ciudadanía N.°1.054.550.469 de La Dorada, vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

Directivo	
Ordenador del gasto	
Supervisor de contrato	
Responsable del proceso de inspección y vigilancia	
Interventor	
Responsable del control interno	
Responsable del proceso de contratación	
Responsable de la pagaduría	
Responsable de la tesorería	
Otro x ¿Cuál? Referente de Cartera	

en el cargo específico o contrato: Referente de Cartera

en la siguiente dependencia o área de trabajo: Subgerencia Administrativa y financiera

Entiendo la presente como una medida preventiva, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente declaración de intereses particulares, teniendo en cuenta las siguientes

[1] El Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil se pronunció respecto de la posibilidad de incluir cláusulas que regulen conflictos de intereses de contratistas, mediante concepto del 10 de agosto del 2006, Rad. No. 1767. Publicación autorizada con oficio 39323 del 16 de agosto de 2006.

[2] Los siguientes servidores públicos cada año deben declarar los intereses que podrían ser incompatibles con su desempeño laboral: el personal directivo, y los servidores públicos de otros niveles con responsabilidades de supervisión de contrato, inspección, interventoría, vigilancia, control, contratación, ordenación del gasto, pagaduría o tesorería o quienes realicen la gestión e información sobre trámites y denuncias, o los más altos cargos de los organismos de control penal, disciplinario y fiscal, entre otros.

consideraciones:

- Que es mi interés atender la política de integridad y cumplir con los valores del servicio público del código de integridad.
- Que los conflictos de intereses se pueden presentar cuando el deber propio de la función pública se ve afectado por intereses particulares, los cuales podrían influir real o potencialmente en la forma correcta del ejercicio de funciones y responsabilidades oficiales.
- Que conozco lo dispuesto sobre conflictos de intereses en la normatividad vigente[3]: Código Disciplinario Único[4], el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 1474 de 2011.
- Que conozco las inhabilidades e incompatibilidades en mi calidad de servidor público o particular que cumple funciones públicas.

Por lo anterior, a continuación me permito declarar mis intereses particulares:

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

Las siguientes son las sociedades, empresas, negocios, fundación, asociación u organización con o sin ánimo de lucro, de las cuales soy dueño, socio, representante legal, directivo o empleado, o lo he sido en los últimos 5 años[5]:

Entidad o negocio	Tipo de participación	Fechas de ingreso y salida	Compromiso vigente de confidencialidad SI/NO

[3] Código Disciplinario Único (artículo 40, Ley 734 de 2002) y el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (artículo 11, Ley 1437 de 2011).

[4] La vigencia de Ley 1952 de 2019 fue diferida hasta el 1 de julio de 2021 por el artículo 140 de la ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

[5] Se incluye el periodo de cinco (5) años para declarar intereses particulares que pueden presentarse por el tránsito de personas entre el sector público y el sector privado.

2. Actividades económicas o profesionales de los parientes cercanos, cónyugue o compañero permanente

A continuación, registro a mis familiares: cónyuge, compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, que por su sus actividades económicas o profesionales de carácter privado podrían generar un potencial conflicto de intereses:

Nombres y apellidos del familiar	Número de documento de identidad	Tipo y grado de parentesco	Descripción de actividades económicas o profesionales	Fechas de ingreso y salida

Otro interés particular

Describa otras posibles situaciones que puedan generar un potencial conflicto de intereses por la función que desempeña (revise la normatividad sobre causales en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011 y en la Ley 1474 de 2011):

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:

Firma del (la) declarante: _____

Cédula de ciudadanía N.°1.054.550.469 de La Dorada Caldas

Fecha: 27/10/2023_____

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.

Nombre de quien recibe: Carlos Hernando Campos Serrano

Firma: _____

Cédula de ciudadanía N.° 80229976 de Bogotá

Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011.

Nota: La declaración de conflicto de intereses está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por la oficina de control interno de la entidad o ente responsable.

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1054550469
NOMBRES Y APELLIDOS	Rojas Mahecha,Sergio Julian
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rojas Mahecha,Sergio Julian, a los 26 días del mes de octubre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.054.550.469**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Octubre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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
Rojas	Mahecha	Sergio Julian

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1054550469 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1054550469 D.M. 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 06 MES 11 AÑO 1989

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: PACHO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 4 70A 23

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO: EMAIL: julianrojas061@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

ESP (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		INGENIERIA INDUSTRIAL	11	2016	

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

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

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 O CONTRATO VIGENTE

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.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 16 Mes 11 Año 2021	Día Mes Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA PROFESIONAL -	1.2.6 DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	DIAGONAL 34 5 43

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 23 Mes 11 Año 2017	Día 15 Mes 11 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO CONTRATISTA	ADIMINISTRATIVA Y FINANCIERA	DIAGONAL 34 5 43

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 23 Mes 11 Año 2017	Día 15 Mes 11 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO CONTRATISTA	ADIMINISTRATIVA Y FINANCIERA	DIAGONAL 34 5 43

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 23 Mes 11 Año 2017	Día 15 Mes 11 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO CONTRATISTA	ADIMINISTRATIVA Y FINANCIERA	DIAGONAL 34 5 43

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED CENTRO ORIENTE		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2091480	Día 01 Mes 09 Año 2016	Día 23 Mes 12 Año 2016

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO DE CUENTAS MEDICAS	FINANCIERA Y COMERCIAL	CALLE 22 8A 58

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

MPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
JBRED CENTRO ORIENTE		X	COLOMBIA

EPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
)GOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

ELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
)91480	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2016	*Día*	22	*Mes*	11	*Año*	2017

ARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ECNICO DE CUENTAS MEDICAS	FINANCIERA Y COMERCIAL	CALLE 22 8A 58

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

MPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
OSPITAL LA VICTORIA		X	COLOMBIA

EPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
)GOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

EL NOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
'2 J	*Día*	01	*Mes*	05	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2016

ARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
POYO EN ANALISIS DE FACTURACI	CARTERA	DIAGONAL 39 3 20 ESTE

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

MPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ENTAS Y SERVICIOS		X	COLOMBIA

EPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
)GOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

ELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
)62400	*Día*	03	*Mes*	09	*Año*	2012	*Día*	05	*Mes*	04	*Año*	2013

ARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
SESOR SERVICIO	ATENCION	CARRERA 10N 27 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

MPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
TENTO COLOMBIA S.A		X	COLOMBIA

EPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
)GOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

EL NOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
)40 J	*Día*	23	*Mes*	09	*Año*	2011	*Día*	14	*Mes*	07	*Año*	2012

ARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
SESOR COMERCIAL	ATENCION	CALLE 67N 12 35

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

MPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
)ULCAÑA		X	COLOMBIA

EPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
)GOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

ELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
68337893	*Día*	01	*Mes*	02	*Año*	2007	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2009

ARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JXILIAR DE OFICINA	GERENCIA	AVENIDA 24N 40 77 Of 302

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
	Día:		Mes:		Año:	Día:		Mes:		Año:
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN				

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	14	3

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Socha 26-Jo-2023

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 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

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Sergio Julian Rojas Mahecha

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1054550469 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CALLE 4 70A 23 TELÉFONO: 3103260872

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JERONIMO SEBASTIAN ROJAS ZAPATA	1023404607	HIJO(A)
KAREN XIOMARA ROJAS MAHECHA	1073325929	HERMANO(A)
JULIAN YESID ROJAS SILVA	11520286	PADRE
MIRYAM MAHECHA CAMACHO	51955690	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 POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN 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
HONORARIOS	$35,220,000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$35,220,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	008400701671	20 DE JULIO	20,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
COLOMBIACOOP	LIBRE INVERSION	20,000,000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

En la actualidad SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

s actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de

ma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha 01-11-2023

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 27 de octubre de 2023

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Sergio Julián Rojas Mahecha, identificado(a) con cedula No. 1.054.550.469 de La Dorada, interesado en la oferta de prestación de servicios de: Referente de Cartera, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (X) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,



_____

C.C.1.054.550.469

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 27 de octubre de 2023

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Sergio Julián Rojas Mahecha, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No.1.054.550.469 de La Dorada Caldas, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,



C.C. No. 1.054.550.469 de La Dorada

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL: SEGUROS BOLIVAR

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Sergio Julián Rojas Mahecha

Nº Documento: 1.054.550.469

Fecha de Nacimiento: 0 6 / 1 1 / 1 9 8 9

Dirección: Calle 4 No 70ª-23 Bogotá

Teléfono. Fijo – Celular: 3 1 0 3 2 6 0 8 7 2

E-mail: Julianrojas061@gmail.com

EPS: Sanitas

AFP: Porvenir

Firma Contratista:

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio:

Fecha Finalización:

Valor mensual:

Valor Total:

VoBo Área Contratación:

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: Hora:

Firma responsable Afiliación:

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 27 de octubre 2023

Señores:

FUNDACION UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COLOMBIA (FUAC)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Sergio Julián Rojas Mahecha en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "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 Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo 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 cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Ingeniero Industrial

Cordialmente;



Firma_____

N° Documento 1.054.550.469_____

Tarjeta Profesional N° 091239-0543456 CND____

Dirección de contacto Calle 4 No 70ª 23_____

Teléfono 310 3260872_____

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo, Sergio Julián Rojas Mahecha, identificado (a) con cédula de ciudadanía número1.054.550.469, expedida en la Dorada Caldas, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

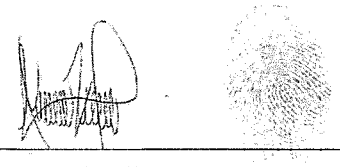
los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información**:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña**:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información**.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo**.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLINICAS	
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Para constancia se firma en Soacha, a los 27 días de octubre de 2023



Firma y huella

Celular No. 310 3260872

Correo institucional

Soacha, 27 de octubre 2023.

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
Soacha (Cundinamarca)

Yo Sergio Julián Rojas Mahecha con C.C.1.054.550.469 expedida en la Dorada, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,



C.C. 1.054.550.469

La última versión de cada documento será la única valida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 12 de agosto de 2021 10:55 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación:	1054550469
Nombres y Apellidos	SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA
Fecha de nacimiento:	06/11/1989

Escanee el código y obtenga su certificado digital de Vacunación COVID-19

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				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	05/04/2021	Pfizer	ER1742	HOSPITAL SANTA CLARA
	Segunda dosis	28/04/2021	Pfizer	ER9449	HOSPITAL SANTA CLARA
DPT	Única	REFUERZO COVID Moderna Lote 017J21A FV 19042.			
DPT Acelular	Primera dosis	UCI Medica Seni Mahecha CC 52827751. -29-11-21			
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Fiebre amarilla	Única				
	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				

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.

901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
ADMINISTRATIVOS



Fecha: 07/Nov/2023, **Hora:** 11:10:59 a.m.
Apellido: ROJAS MAHECHA **Nombre:** SERGIO JULIAN
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1054550469
Empresa: Particular
Cargo: REFERENTE DE CARTERA
Direccion: CALLE 4 N 70A-23
Telefono: **Celular:** 3103260872 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Bogota D.C. - Ciudad Kennedy

HC: # 60335
Edad: 34 años
Sexo: Masculino
Nacim: 06/Nov/1989
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
GIENE POSTURAL
.USAS ACTIVAS
CITA OFTAIMOIOGIA
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA
CC 1054550469

Huella Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y

LA FUNDACIÓN UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COLOMBIA

PERSONERÍA JURÍDICA No. 264 DEL 4 DE FEBRERO DE 1972
RECONOCIDA COMO UNIVERSIDAD POR RESOLUCIÓN No. 03279/93 DEL MINEDUCACIÓN

CONFIEREN EL TÍTULO PROFESIONAL DE

INGENIERO INDUSTRIAL

A

SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA

C. C. No. 1.054.550.469 EXPEDIDA EN LA DORADA

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLOS OTORGAN EL PRESENTE

DIPLOMA

BOGOTÁ, D. C. 24 DE JULIO DE 2020

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO

No. 33442

ACTA DE GRADO

Personería Jurídica
No.284 del 4 febrero de 1972
Resolución No. 9227/93
Mineducación

Universidad Autónoma de Colombia
Fundación

Acta No. 5764 **Folio No. 5764**

En Bogotá D.C., a los veinticuatro (24) días del mes de julio de 2020, en el AUDITORIO FUNDADORES de la Fundación Universidad Autónoma de Colombia, se reunieron los Doctores RICARDO GOMEZ GIRALDO Rector de la Universidad, FERNANDO DUQUE GARCIA Secretario General y JULIO CESAR RAMIREZ PISCO Decano de la FACULTAD DE INGENIERÍA, con el fin de llevar a cabo la ceremonia de grado del alumno **SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA** identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.054.550.469 de La Dorada, quien cumplió todos los requisitos que los reglamentos de la Universidad exigen para optar al Título Profesional de **INGENIERO INDUSTRIAL.**

A continuación el Rector tomó el juramento reglamentario e hizo entrega del correspondiente Diploma debidamente firmado, sellado y registrado en el libro de radicación No. 95 - Folio 46639-R, así como la presente Acta con el sello de la Universidad. Terminó sus estudios en el año 2016.

Se expide la presente copia del Acta de Grado en Bogotá D.C., a los veinticuatro (24) días del mes de julio de 2020.

Fernando Duque G.

FERNANDO DUQUE GARCIA

Secretario General

REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2022-1720652

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA

EL DIRECTOR GENERAL ENCARGADO

CERTIFICA:

1. Que SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 1054550469, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA INDUSTRIAL con MATRICULA PROFESIONAL 091239-0543456 CND desde el 19 de Noviembre de 2020, otorgado(a) mediante Resolución Nacional R2020044914.

2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los siete (07) días del mes de Diciembre del año dos mil veintidos (2022).

Angela Patricia Alvarez Ledesma

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado
El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.
Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

SERGIO ROJAS

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: octubre 31, 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051-7

SE INFORMA QUE:

El (la) señor(a) SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA, identificado(a) con CC. No. 1054550469, prestó sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Contrato PS 5775 2023:

Fecha Inicio: 02/06/2023 **Fecha Terminacion: 30/09/2023**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.

1. Dar estricto cumplimiento a las normas, procesos y procedimientos vigentes en materia a gestión, administración, cobro y recaudo de Cartera.2. Cumplir el plan y cronograma de trabajo de acuerdo a la cartera asignada e identificación de los valores para cobro coactivo de cada una de las entidades asignadas. 3. Hacer seguimiento, control y circularización de cartera a las Entidades responsables de pago asignadas (Trimestralmente con el corte de marzo, Junio, Septiembre y diciembre de cada año). 4. Realizar gestión de cobro de cartera y solicitud de soportes de pago no descargados, mediante herramientas y medios no disponibles (teléfono, correos electrónicos, correspondencia escrita, etc). 5. Programar y cumplir las citas con conciliación de cartera que se deriven a la gestión de cobro realizada, teniendo claro que en ningún caso se expiden paz y salvo de cartera a las entidades. 6. Contestar oportunamente la correspondencia que le sea asignada.7. Recomendar a la Entidad acciones y propuestas que contribuyan a la depuración y el buen recaudo de cartera. 8. Realizar visitas a las empresas asignadas con el fin de hacer seguimiento de los estados de cartera. 9. Organizar y mantener debidamente ordenado el archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente. 10. Mantener informado al supervisor del contrato de los logros y dificultades presentadas en desarrollo de sus actividades, proponiendo las estrategias y los correctivos que consideren convenientes para el mejoramiento del proceso y el logro de los objetivos institucionales. 11. Responder por los elementos y equipos que le sean entregados para el desarrollo de las actividades. 12. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 13. Apoyo en la elaboracion y seguimiento a los planes de mejora que se requieran en el area de cartera.14. Apoyo en el trámite de respuestas requeridas por los entes de control para el area de cartera.15. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

Contrato PS 2691 2023:

Fecha Inicio: 01/02/2023 **Fecha Terminacion: 01/06/2023**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

1. Dar estricto cumplimiento a las normas, procesos y procedimientos vigentes en materia a gestión, administración, cobro y recaudo de Cartera. 2. Cumplir el plan y cronograma de trabajo de acuerdo a la cartera asignada e identificación de los valores para cobro coactivo de cada una de las entidades asignadas. 3. Hacer seguimiento, control y circularización de cartera a las Entidades responsables de pago asignadas (Trimestralmente con el corte de marzo, Junio, Septiembre y diciembre de cada año). 4. Realizar gestión de cobro de cartera y solicitud de soportes de pago no descargados, mediante herramientas y medios no disponibles (teléfono, correos electrónicos, correspondencia escrita, etc). 5. Programar y cumplir las citas con conciliación de cartera que se deriven a la gestión de cobro realizada, teniendo claro que en ningún caso se expiden paz y salvo de cartera a las entidades. 6. Contestar oportunamente la correspondencia que le sea asignada. 7. Recomendar a la Entidad acciones y propuestas que contribuyan a la depuración y el buen recaudo de cartera. 8. Realizar visitas a las empresas asignadas con el fin de hacer seguimiento de los estados de cartera. 9. Organizar y mantener debidamente ordenado el archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente. 10. Mantener Informado al supervisor del contrato de los logros y dificultades presentadas en desarrollo de sus actividades, proponiendo las estrategias y los correctivos que consideren convenientes para el mejoramiento del proceso y el logro de los objetivos institucionales. 11. Responder por los elementos y equipos que le sean entregados para el desarrollo de las actividades. 12. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 13. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.

Contrato PS 1185 2022:

Fecha Inicio: 01/02/2022 **Fecha Terminacion: 31/01/2023**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Dar estricto cumplimiento a las normas, procesos y procedimientos vigentes en materia a gestión, administración, cobro y recaudo de Cartera. 2. Cumplir el plan y cronograma de trabajo de acuerdo a la cartera asignada e identificación de los valores para cobro coactivo de cada una de las entidades asignadas. 3. Hacer seguimiento, control y circularización de cartera a las Entidades responsables de pago asignadas (Trimestralmente con el corte de marzo, Junio, Septiembre y diciembre de cada año). 4. Realizar gestión de cobro de cartera y solicitud de soportes de pago no descargados, mediante herramientas y medios no disponibles (teléfono, correos electrónicos, correspondencia escrita, etc). 5. Programar y cumplir las citas con conciliación de cartera que se deriven a la gestión de cobro realizada, teniendo claro que en ningún caso se expiden paz y salvo de cartera a las entidades. 6. Contestar oportunamente la correspondencia que le sea asignada. 7. Recomendar a la Entidad acciones y propuestas que contribuyan a la depuración y el buen recaudo de cartera. 8. Realizar visitas a las empresas asignadas con el fin de hacer seguimiento de los estados de cartera. 9. Organizar y mantener debidamente ordenado el archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente. 10. Mantener Informado al supervisor del contrato de los logros y dificultades presentadas en desarrollo de sus actividades, proponiendo las estrategias y los correctivos que consideren convenientes para el mejoramiento del proceso y el logro de los objetivos institucionales. 11. Responder por los elementos y equipos que le sean entregados para el desarrollo de las actividades. 12. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 13. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto

contractual que asigne el supervisor de contrato.

Contrato PS 7991 2021:

Fecha Inicio: 16/11/2021 **Fecha Terminacion: 31/01/2022**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL I DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

1. Dar estricto cumplimiento a las normas, procesos y procedimientos vigentes en materia a gestión, administración, cobro y recaudo de Cartera.2. Cumplir el plan y cronograma de trabajo de acuerdo a la cartera asignada e identificación de los valores para cobro coactivo de cada una de las entidades asignadas.3. Hacer seguimiento, control y circularización de cartera a las Entidades responsables de pago asignadas (Trimestralmente con el corte de marzo, Junio, Septiembre y diciembre de cada año).4. Realizar gestión de cobro de cartera y solicitud de soportes de pago no descargados, mediante herramientas y medios no disponibles (teléfono, correos electrónicos, correspondencia escrita, etc.).S. Programar y cumplir las citas con conciliación de cartera que se deriven a la gestión de cobro realizada, teniendo en claro que en ningún caso se expiden paz y salvo de cartera a las entidades.6. Contestar oportunamente la correspondencia que le sea asignada.7. Recomendar a la administración acciones y propuestas que contribuyan a la depuración y el buen recaudo de curtera.??8. Realizar visitas constantes a las empresas asignadas con el fin de hacer seguimiento de los estados de cartera.4. Organizar y mantener debidamente ordenado el archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente.10. Mantener Informado al supervisor del contrato de los logros y dificultades presentadas en desarrollo de sus actividades, proponiendo las estrategias y los correctivos que consideren convenientes para el mejoramiento del proceso y el logro de los objetivos institucionales11. Responder por los elementos y equipos que le sean entregados para el desarrollo de las actividades.12. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.13. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

Contrato PS 1325 2021:

Fecha Inicio: 16/01/2021 **Fecha Terminacion: 15/11/2021**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Clasificar los motivos de glosa teniendo en cuenta si la causa es administrativa o científica para facilitar el proceso de respuesta. 2. Ubicar los soportes y documentos necesarios para efectuar las respuestas de las glosas y objeciones de los diferentes pagadores, con el fin de agilizar el proceso de contestación. 3. Respuesta de glosa en el sistema de información. 4. Verificar que la respuesta de glosa lleve los soportes necesarios para que los diferentes pagadores realicen los trámites pertinentes, contribuyendo a dar continuidad en los diferentes procesos. 5. Armar el paquete de respuesta de glosa con todos los soportes para ser radicados ante la Entidad. 6. Preparar y presentar oportunamente informes de actividades para dar cumplimiento a la obligación contractual. 7. Organizar y mantener debidamente ordenado el archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente. 8. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 9.

Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.

Contrato PS 1332 2020:

Fecha Inicio: 16/01/2020 **Fecha Terminacion: 15/01/2021**

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO ADMINISTRATIVO II, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA DIRECCION FINANCIERA (CUENTAS MEDICAS) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Clasificar los motivos de glosa teniendo en cuenta si la causa es administrativa o científica para facilitar el proceso de respuesta. 2. Ubicar los soportes y documentos necesarios para efectuar las respuestas de las glosas y objeciones de los diferentes pagadores, con el fin de agilizar el proceso de contestación. 3. Respuesta de glosa en el sistema de información. 4. Verificar que la respuesta de glosa lleve los soportes necesarios para que los diferentes pagadores realicen los trámites pertinentes, contribuyendo a dar continuidad en los diferentes procesos. 5. Armar el paquete de respuesta de glosa con todos los soportes para ser radicados ante la Entidad. 6. Preparar y presentar oportunamente informes de actividades para dar cumplimiento a la obligación contractual. 7. Organizar y mantener debidamente ordenado el archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente. 8. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 9. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.

Contrato PS 0113 2019:

Fecha Inicio: 16/01/2019 **Fecha Terminacion: 15/01/2020**

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO, EN EL PROCESO DE CUENTAS MÉDICAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1.Clasificar los motivos de la glosa, teniendo en cuenta si la causa es administrativa o científica para facilitar el proceso de respuesta. 2. Ubicar los soportes y documentos necesarios para efectuar las respuestas de las glosas y objeciones de los diferentes pagadores, con el fin de agilizar el proceso de contestación. 3. Respuesta de glosa en el sistema de información. 4. Verificar que la respuesta de la glosa lleve los soportes necesarios para que los diferentes pagadores realicen los tramites pertinentes, contribuyendo a dar continuidad en los diferentes procesos. 5. Armar el paquete de respuesta de glosa con todos los soportes para ser radicados ante la Entidad. 6. Preparar y presentar oportunamente informes de actividades para dar cumplimiento a la obligación contractual. 7 Cuidar los bienes y rescursos asignados. 8. Las demás actividades que le sean asigandas y que sean inherentes al objeto contractual.

Contrato PS 5830 2018:

Fecha Inicio: 23/10/2018 **Fecha Terminacion: 15/01/2019**

Objeto Contrato: APOYO TECNICO A LA GESTION DEL PROCESO DE CUENTAS MEDICAS

1.Clasificar los motivos de la glosa, teniendo en cuenta si la causa es administrativa o científica para facilitar el proceso de respuesta. 2. Ubicar los soportes y documentos necesarios para efectuar las respuestas de las glosas y objeciones de los diferentes pagadores, con el fin de agilizar el proceso de contestación. 3. Respuesta de glosa en el sistema de información. 4. Verificar que la respuesta de la glosa lleve los soportes necesarios para que los diferentes pagadores realicen los tramites pertinentes, contribuyendo a dar continuidad en los diferentes procesos. 5. Armar el paquete de respuesta de glosa con todos los soportes para ser radicados ante la Entidad. 6. Preparar y presentar oportunamente informes de actividades para dar cumplimiento a la obligación contractual. 7 Cuidar los bienes y rescursos asignados. 8. Las demás actividades que le sean asigandas y que sean inherentes al objeto contractual.

Contrato PS 2076 2018:

Fecha Inicio: 10/01/2018 **Fecha Terminacion: 09/10/2018**

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO, EN EL PROCESO DE CUENTAS MÉDICAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Clasificar los motivos de glosa teniendo en cuenta si la causa es administrativa o científica para facilitar el proceso de respuesta. 2. Ubicar los soportes y documentos necesarios para efectuar las respuestas de las glosas y objeciones de los diferentes pagadores, con el fin de agilizar el proceso de contestación. 3. Respuesta de glosa en el sistema de información. 4. Verificar que la respuesta de glosa lleve los soportes necesarios para que los diferentes pagadores realicen los trámites pertinentes, contribuyendo a dar continuidad en los diferentes procesos. 5. Armar el paquete de respuesta de glosa con todos los soportes para ser radicados ante la Entidad. 6.Preparar y presentar oportunamente informes de actividades para dar cumplimiento a la obligación contractual. 7. Cuidar los bienes y recursos asignados. 8.Las demás actividades que le sean asignadas y que sean inherentes al objeto contractual.

Contrato PS 2489 2017:

Fecha Inicio: 10/01/2017 **Fecha Terminacion: 09/01/2018**

Objeto Contrato: APOYO TECNICO A LA GESTION DEL PROCESO DE CUENTAS MEDICAS

1. Clasificar los motivos de glosa teniendo en cuenta si la causa es administrativa o científica para facilitar el proceso de respuesta. 2. Ubicar los soportes y documentos necesarios para efectuar las respuestas de las glosas y objeciones de los diferentes pagadores, con el fin de agilizar el proceso de contestación. 3. Respuesta de glosa en el sistema de información. 4. Verificar que la respuesta de glosa lleve los soportes necesarios para que los diferentes pagadores realicen los trámites pertinentes, contribuyendo a dar continuidad en los diferentes procesos. 5. Armar el paquete de respuesta de glosa con todos los soportes para ser radicados ante la Entidad. 6.Preparar y presentar oportunamente informes de actividades para dar cumplimiento a la obligación contractual. 7. Cuidar los bienes y recursos asignados. 8.Las demás actividades que le sean asignadas y que sean inherentes al objeto contractual.

Contrato PS 0602 2016:

Fecha Inicio: 01/09/2016 **Fecha Terminacion: 09/01/2017**

Objeto Contrato: APOYO TECNICO A LA GESTION DEL PROCESO DE CUENTAS MEDICAS

1.Clasificar los motivos de la glosa, teniendo en cuenta si la causa es administrativa o científica para facilitar el proceso de respuesta. 2. Ubicar los soportes y documentos necesarios para efectuar las respuestas de las glosas y objeciones de los diferentes pagadores, con el fin de agilizar el proceso de contestación. 3. Respuesta de glosa en el sistema de información. 4. Verificar que la respuesta de la glosa lleve los soportes necesarios para que los diferentes pagadores realicen los tramites pertinentes, contribuyendo a dar continuidad en los diferentes procesos. 5. Armar el paquete de respuesta de glosa con todos los soportes para ser radicados ante la Entidad. 6. Preparar y presentar oportunamente informes de actividades para dar cumplimiento a la obligación contractual. 7 Cuidar los bienes y rescursos asignados. 8. Las demás actividades que le sean asigandas y que sean inherentes al objeto contractual.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 11 de Octubre de 2023.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS