Bogotá D.C 18 de Octubre de 2024

Doctora
DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ
Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud
Calle 9 No. 39 46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos 7560505
Bogotá D.C

REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÓN DEL CONTRATISTA

Nombre: _Blanca Cecilia Sánchez Cangrejo___
Perfil: __ : Líder Operativo – Química Farmacéutica Especialista en Epidemiologia – Profesional Especializado 3__

Respetada Doctora Diana Milena Mendivelso Diaz, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que me sean mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente.

Blanca Cecilia Sánchez Cangrejo
CC. 53003055

Dirección: carrera 3 17 05 Soacha
E-mail: hallowhite@gmail.com_
Celular: 3197893482__

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

Fecha Validación:19-oct-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SANCHEZ	CANGREJO	BLANCA CECILIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53003055	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES MAY AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 3 NUMERO 17-05

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 7813101

EMAIL hallowhite@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 1999
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	4	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	10	2014	
Universitaria	10	X		FARMACIA	5	2008	97112307978

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
fresenius medical care		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	blanca.sanchez@fmc-ag.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3777777	DIA 18 MES 1 AÑO 2021	DIA 31 MES 5 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
quimico farmaceutico	farmacia	carrera 5 6 21

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
clinica inmaculada		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	o

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7432200	DIA 24 MES 9 AÑO 2018	DIA 24 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
directorn tecnico	direccion cientifica	carrera 7}67 # 8-35

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

Fecha Validación:19-oct-2024

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
sub red norte	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	farmacia@subrednorte.gov

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7420101	DIA 1 MES 3 AÑO 2016	DIA 30 MES 4 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
quimico farmaceutico	farmacia	hospital de engativa

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
laboratorios Baxter		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3451616	DIA 1 MES 10 AÑO 2013	DIA 1 MES 3 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
quimico farmaceutico regional	servicios farmaceuticos	trasversal 23 # 97-73

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
hospital la victoria	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	o

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3456724	DIA 5 MES 12 AÑO 2010	DIA 31 MES 3 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
director tecnico	servicios farmaceuticos	call1 10 # 2-44

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

Fecha Validación:19-oct-2024

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	5	1
Pública	4	5
Total	9	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. - null

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

null

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

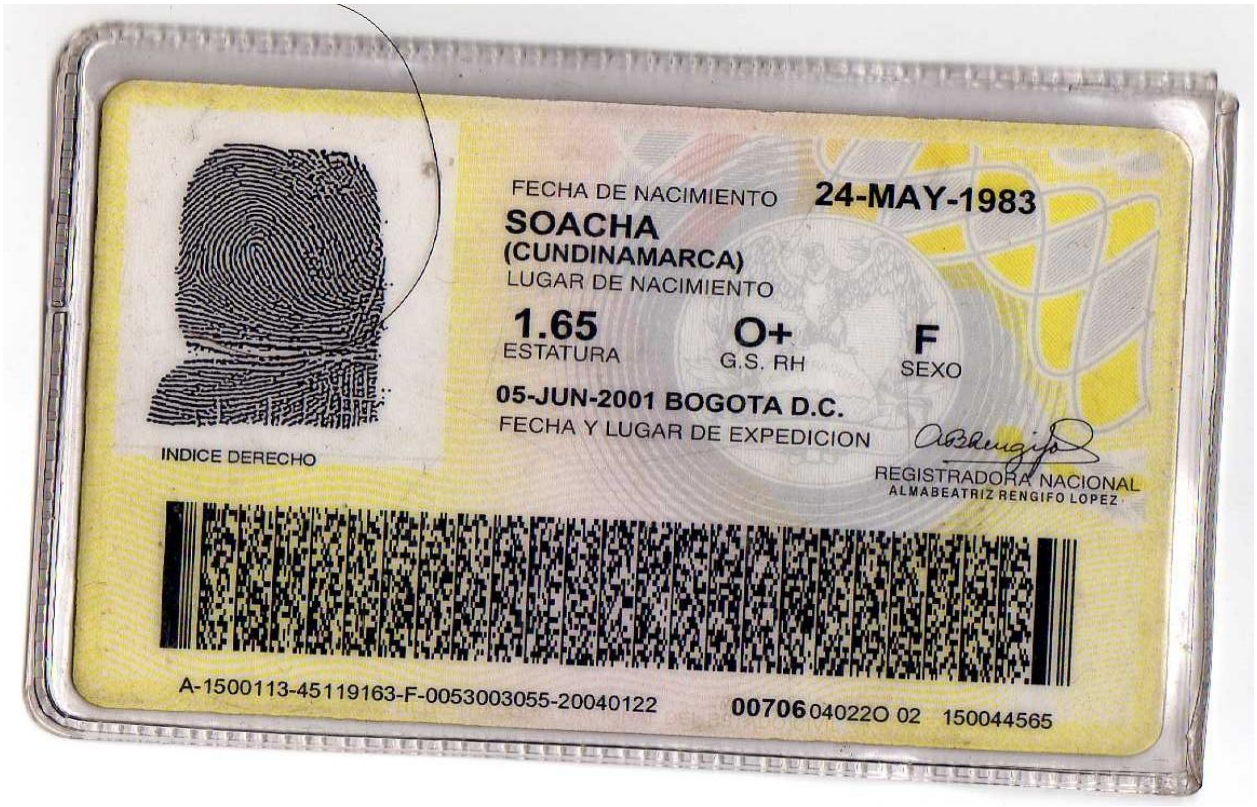
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 53.003.055
SANCHEZ CANGREJO
APELLIDOS
BLANCA CECILIA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 24-MAY-1983
SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
05-JUN-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
A-1500113-45119163-F-0053003055-20040122
00706 04022O 02 150044565

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
y en su nombre

LA ESCUELA NORMAL SUPERIOR MARIA AUXILIADORA

SOACHA - CUNDINAMARCA

AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DE CUNDINAMARCA, SEGUN RESOLUCION No. 1908 DEL 29 DE OCTUBRE DE 1997 Y HASTA EL 2000 INCLUSIVE

CONFIERE A

Blanca Cecilia Sánchez Cangrejo

Identificado con T.I. No. 830524-06652 *de* SANTAFE DE BOGOTA

el título de

BACHILLER ACADEMICO

CON ENFASIS EN EL CAMPO DE LA
EDUCACION Y LA FORMACION PEDAGOGICA

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

RECTOR

SECRETARIA

Dado en Soacha *a* 27 *de* noviembre *de* 1999

ANOTADO AL FOLIO 74 *LIBRO DE REGISTRO No.* 1

Nº 778814

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Ciencias

ACTA DE GRADO NÚMERO 1133

El Consejo de Facultad en su sesión del día 10 de Septiembre de 2009 Acta: 32

CONSIDERANDO QUE

Blanca Cecilia Sánchez Cangrejo

C.C. 53.003.055 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Química Farmacéutica

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 116409 *consignado en el Registro No.* 1146 Folio: 77 Libro: 4

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, D.C. a 10 de Septiembre de 2009

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARIA
Consejo de Facultad



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Química Farmacéutica

A

Blanca Cecilia Sánchez Cangrejo

C. C. 53.003.055 de Bogotá
QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, D. C. a 1 de Octubre de 2009

DECANATURA DE FACULTAD | RECTORÍA | SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 1146 Folio 77 Libro 4
DE LA SEDE DE Bogotá, D. C. FACULTAD DE Ciencias

0116409

La Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Institución Universitaria con Personería Jurídica 8903 del 27 de Marzo de 1974 del Ministerio de Educación Nacional

ESCUELA DE MEDICINA

En nombre de la República de Colombia,
por autorización del Ministerio de Educación Nacional y

Teniendo en cuenta que

Blanca Cecilia Sánchez Cangrejo

C.C. 53.003.055 de Bogotá D.C.

culminó satisfactoriamente los estudios de Postgrado y cumplió con todos los requisitos exigidos por la Ley, le confiere el título de

Especialista en Epidemiología

Código 3842

Bogotá, D.C. 20 de junio de 2014

No. EP-541

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

Rector

Decano

Secretario General

Director del Programa

Registrado: Libro 1 Folio 85
Bogotá, D.C. 20 de junio de 2014

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS
Secretaría General

La **FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS** es una Institución de carácter privado, con Personería Jurídica No. 2105 del 29 de Marzo de 1974, expedida por el Ministerio de Educación Nacional, la cual esta autorizada para expedir títulos de ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA, según código del programa 3842 emanado del ICFES y Registro Calificado otorgado mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 8931 del 13 de Noviembre de 2009.

ACTA DE GRADO No. 233

En la Ciudad de Bogotá D.C., el dia 20 de Junio de 2014, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores Ana Maria Piñeros Ricardo Rector, Luis Gabriel Piñeros Ricardo Vicerrector Académico, Juan David Piñeros Ricardo Vicerrector Administrativo, Jaime Garcia Cadena Decano y Fernando Noguera Arrieta Secretario General con la asistencia de los Doctores Carmen Alicia Espinosa de Díaz Directora Departamento Jurídico, Máncel Enrique Martínez Durán Director Especialización en Epidemiologia y previo el juramento reglamentario, confirió el titulo de:

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA

A

BLANCA CECILIA SÁNCHEZ CANGREJO

Identificada con cédula de ciudadanía número 53,003,055 de Bogotá D.c., quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes; por lo que se le otorgó el Diploma No. EP-541 registrado en el libro 1, folio 25 que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en la Ciudad de Bogotá, D.C., el día veinte (20) del mes de Junio de dos mil catorce (2014).

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Dr. Fernando Noguera Arrieta
Secretario General

REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de la Protección Social

Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia



Registro Profesional No.:

04011330110093585

BLANCA C. SANCHEZ CANGREJO

C.C. 53.003.055 Bogotá,D.C.

Acta de Grado No.: 01133 **Fecha:** 01/10/09

Universidad: 04 **Fecha Expedición:** 2009/11/26

ID Card Ltda Tel: 5426877

Este Registro Profesional acredita al titular para el Ejercicio de la Química Farmacéutica de conformidad Con la Ley 23 de 1962, ley 212 de 1995 y el Decreto 1945 de 1996

FIRMA PRESIDENTE

EL (A) SUSCRITO (A) DIRECTOR (A) DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N ° 641 del 06 de abril de 2016 se reorganizó el Sector Salud en el Distrito Capital; el Artículo 5 del Acuerdo en mención, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas.

Revisados los archivos que reposan en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., se evidenció que, el (a) señor (a) SANCHEZ CANGREJO BLANCA CECILIA identificado (a) con C.C. Núm.53003055 ha suscrito con la entidad los siguientes contratos de prestación de servicios Profesionales y apoyo a la Gestión relacionados a continuación

AÑO	NUMERO DE CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO	VALORES HONORARIOS
2016	1367	2016-08-01	2016-09-30	QUIMICA FARMACEUTA	$2,808,600.00
2016	2822	2016-10-01	2016-12-31	QUIMICA FARMACEUTA	$3,080,400.00
2017	1231	2017-01-01	2018-01-31	QUIMICA FARMACEUTICA	$2,808,600.00
2018	1199	2018-02-01	2018-04-30	QUIMICO (A) FARMACEUTICO	$3,700,000.00

a continuación, se describen las obligaciones con forme al último objeto contratado, así:

1. Visitar mensualmente mínimo 30 establecimientos distribuidores de productos farmacéuticos para sensibilizar y apoyar la implementación del programa de fármacovigilancia.2,Participar desde el área de su experticia en el comité distrital de farmacovigilancia, presentando casos de interés atendidos y temas propios del programa.3,Promover actividades de capacitación en uso racional de medicamentos y en las actividades propias del programa de farmacovigilancia.Diseñar y ejecutar estudios de utilización de medicamentos, incluyendo estrategias de vigilancia activa. 4,Distribuir fichas de reporte de eventos adversos a medicamentos a los establecimientos farmacéuticos y comunidad general del Distrito Capital.5 informar oportunamente de las

dificultades y deficiencias que se presenten en el despliegue de sus actividades, a la coordinación del componente en primer lugar, para que se puedan tomar las medidas pertinentes frente a estas, así como los insumos que se requieren para el desarrollo de las actividades contratadas, con el fin de lograr su gestión oportuna.6 presentar al área de financiera, cuentas por pagar y al supervisor de la orden, informe mensual de actividades, copia del recibo del pago mensual de los aportes al sss (salud, pensión y arp), en los porcentajes que indique la ley para tal fin.8 las demás obligaciones el hospital considere para este tipo de contratación.

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. a los 12 de 12 de 2023.

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 trata los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)



LUIS FERNANDO ANGULO BONILLA
DIRECTOR DE CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

FRESENIUS MEDICAL CARE

Fresenius Medical Care Colombia S.A.
Dirección Recursos Humano
Carrera 7 N° 156 – 10 piso 26
Yuri Cecilia Parra
Yuri.parra@fmc-ag.com
www.freseniusmedicalcare.com.co

FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.

CERTIFICA:

Que **SANCHEZ CANGREJO BLANCA CECILIA** quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 53003055. laboró en nuestra compañía FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A., desde el **18 de enero de 2021** hasta el **31 de mayo de 2023,** con un ingreso fijo mensual de $5783838. .

Su vinculación fue mediante un contrato a: TERMINO INDEFINIDO

El último cargo desempeñado fue: COORDINADOR FARMA, TECNO Y REACTIVOVIGILANCIA

Atendido las disposiciones legales del Decreto 2852, el motivo de Retiro fue por mutuo acuerdo.

Se expide la presente certificación, en Bogotá, D.C, el 31 de mayo de 2023

Cordialmente,

FRESENIUS MEDICAL CARE
Nit: 830.007.355-2
Tel: 294 1400 Ext: 3026

EDGARDO FERNANDEZ CASTELLANOS
COORDINADOR DE NOMINA

Recibe
31/05/2023

FRESENIUS MEDICAL CARE	FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.
	DESCRIPCIÓN DE CARGO

Para completar este formato favor realizarlo de acuerdo al CO-I-0851 vv

Ubicación de la función (marque con una x)

Oficina Central	**X**
Unidad Renal	
FMEPrever	
FMExpress	
Servicio Técnico	
Otro (especificar)	

1 IDENTIFICACIÓN		
NOMBRE DEL CARGO	:	Coordinador Fármaco, Tecno y Reactivo vigilancia
LOCALIZACIÓN/ CIUDAD	:	Bogotá
DEPARTAMENTO/ ÁREA	:	Dirección Financiera y Administrativa
CARGO SUPERIOR INMEDIATO	:	Jefe de Asuntos Regulatorios y DT (Dirección Técnica)
CARGO SUPLENTE (Cargo backup)	:	Jefe de Asuntos Regulatorios y DT (Dirección Técnica)
CARGO A REEMPLAZAR (Favor diligenciar para cargos críticos)	:	Jefe de Asuntos Regulatorios y DT (Dirección Técnica)

2. RELACIONES DE TRABAJO					
CONTACTOS	**¿CON QUIÉN?**	**¿PARA QUÉ?**	**FRECUENCIA**		
			Permanente	Ocasional	Esporádica
RELACIONES EXTERNAS	Proveedores Nacionales y Extranjeros	Servicios, auditorias de calidad y certificación de proveedores. Reclamaciones de calidad	**X**		
	Entidades Gubernamentales (INVIMA, Ministerio de Salud. Secretarías de Salud Departamentales)	Presentación de los reportes de Fármaco, Tecno y reactivo vigilancia Respuesta a requerimientos	**X**		
	Fabricantes Contractuales	Auditoria (Si aplica) a los procedimientos y sistema de reporte de Eventos Adversos o Incidentes con Medicamentos, Dispositivos Médicos y Reactivos IN VITRO	**X**		

2. RELACIONES DE TRABAJO					
CONTACTOS	**¿CON QUIÉN?**	**¿PARA QUÉ?**	**FRECUENCIA**		
			Permanente	Ocasional	Esporádica
RELACIONES INTERNAS:	Dirección Médica	Reporte de Eventos adversos, Incidentes relacionados con medicamentos y dispositivos médicos con Registro Sanitario para FME Colombia, atención de visitas de verificación del INVIMA; SDS, Auditoría Latinoamérica, análisis de los casos de acuerdo con la normatividad vigente, cierre de casos, información a las UR del análisis, retroalimentación permanente de Alertas Sanitarias, Evaluación del grado de conocimiento de los programas de Farmacovigilancia, Tecno vigilancia, Reactivo vigilancia. ✓ Apoyar labores de soporte en habilitación a las UR al igual que las visitas de SDS para verificación de normatividad de medicamentos controlados. ✓ Participación en Comité de Seguridad del Paciente, Interacción Permanente con el Comité para retroalimentación al grupo y reporte de resultados de investigaciones, alarmas, reportes etc	**X**		
	Casa Matriz y Filiales FME	Organización del Programa de Farmacovigilancia, Tecno vigilancia y Reactivo vigilancia acorde a los procedimientos y políticas de Alemania y Latinoamérica. ✓ Asignación de Responsables de los programas ✓ Asignación de Roles ✓ Alineación de los Documentos relacionados con los programas y socialización a nivel corporativo de éstos. ✓ Reporte Eventos Adversos con medicamentos y dispositivos médicos con Registro Sanitario a cargo de FME Colombia. ✓ Análisis de Eventos, conclusiones y elaboración de informes para Entes de Control a nivel Nacional e inicio de flujo para alimentación a casa matriz de acuerdo a los procedimientos definidos para el programa. ✓ Retroalimentación a fuentes de reporte.	**X**		

2. RELACIONES DE TRABAJO					
CONTACTOS	**¿CON QUIÉN?**	**¿PARA QUÉ?**	**FRECUENCIA**		
			Permanente	Ocasional	Esporádica
		✓ Capacitación de medidas optadas según análisis realizado a los casos. ✓ Revisión y radicación de los PSUR			
	Dirección de Planta del proveedor FME Andina	Trámite, gestión y resolución de incidentes o eventos adversos relacionados con medicamentos y/o dispositivos médicos con registro sanitario de FME Colombia, participación para reporte a Alemania y a Entidades Regulatorias de Colombia	**X**		
	Dirección Técnica	Procedimientos y políticas de calidad, auditorías internas y externas, de medicamentos y Dispositivos médicos con Registro Sanitario a nombre de FME Colombia	**X**		
	Jefatura de Calidad y Gestión Ambiental	Establecimiento de procedimientos y documentación relacionados con los programas de Farmacovigilancia, tecno vigilancia, reactivo vigilancia y cumplimiento de procedimientos de interrelación entre las diferentes áreas.	**X**		
	Dirección Jurídica	Dar respuesta a cualquier requerimiento generado por las visitas de las entidades de control INVIMA; Secretaria de Salud, Secretaria de Salud.	**X**		
	Asuntos Regulatorios y DT (Dirección Técnica)	Consulta permanente de Normatividad y vigencia de Registros Sanitarios. Todas las adicionales correspondientes al cargo	**X**		
	Servicio al cliente	Recepción de reclamos de calidad, recepción de reportes de eventos adversos con productos FME	**X**		
	Provider y Producto	Recepción de reclamos de calidad, recepción de reportes de eventos adversos con productos FME	**X**		**o**

3. MISIÓN/ OBJETIVO DEL CARGO
Planear, dirigir y controlar las actividades de implementación de los Programas de Farmacovigilancia, tecno vigilancia y reactivo vigilancia en Fresenius Medical Care Colombia y con los productos que tengan Registro Sanitario en FME Colombia. Trabajar permanentemente con el Programa de Seguridad del Paciente, retroalimentando todas las actividades relacionadas con los programas. Mantenimiento del sistema de farmacovigilancia del titular de la autorización de comercialización a nivel nacional.

4. FUNCIONES /ACTIVIDADES (Adicionalmente incluir funciones de los cargos críticos en la gestión ambiental y Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo)	Periodicidad (Ej.: Permanente, Mensual, Anual, etc.)
a) Tareas principales (Tareas realizadas con regularidad que conforman las características esenciales de la posición)	
Implementar roles y funciones de los actores del Programa de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia de acuerdo con las políticas de la compañía y lineamientos de Latinoamérica.	Permanentemente
Revisar permanentemente las alertas sanitarias generadas por el INVIMA y las otras entidades a nivel mundial que reporten Problemas Relacionados con Medicamentos, Dispositivos Médicos, Reactivos IN VITRO, incidentes o Reacciones Adversas, para socializarlas a las UR y al personal enrolado con los programas en FME Colombia	Permanente
Facilitar la labor de reporte, análisis y conclusiones de los incidentes y eventos generados desde las diferentes áreas de FME Colombia.	Permanente
Verificar y corregir la información enviada sobre incidentes y si es necesario, solicitar la complementación de ésta y realizar el flujo consignado en los procedimientos a nivel latinoamericano e incluso hasta Alemania (de ser necesario).	Permanente
Generar la invitación al CFT del nivel Central para los análisis de los casos de incidentes y eventos adversos que se presenten en las UR para definir y clasificar los reportes y generar el análisis con el grupo interdisciplinario de FME Colombia.	Ocasionalmente
Realizar los reportes de incidentes y eventos adversos de los programas de Farmacovigilancia, tecno vigilancia y reactivo vigilancia con la regularidad solicitada por las entidades de control a nivel nacional y con los tiempos establecidos para Latinoamérica y Alemania, de ser necesario	Mensual, Trimestralmente
Alinear los documentos relacionados con los Programas enviados por Latinoamérica, socializarlos y ubicarlos dentro de los roles definidos inicialmente.	Permanentemente
Realizar las capacitaciones relacionadas con los Programas de Fármaco, Tecno y reactivo vigilancia y acordadas con el Programa de Seguridad del Paciente de FME Colombia.	Eventualmente
Definir un sistema de Reporte para FME Colombia, Call Center, Correo Corporativo etc. para canalizar la información de incidentes y/o eventos de la compañía por este medio.	Permanente
Generar las respuestas de los análisis de los casos hasta el reporte pasando por todas las áreas de la compañía para socializar y retroalimentar las causas de dichas ocurrencias.	Permanente
Organizar sistema de gestión de reportes, análisis, conclusiones de los casos y tenerlos disponibles para consulta a nivel país, así como el diligenciamiento de los indicadores de obligatorio reporte a las entidades regulatorias.	Permanente
Mantener comunicación con los distribuidores, operador logístico y todo aquel que reciba, acondicione, almacene, transporte distribuya los productos de FME Colombia en las solicitudes de recall, alertas sanitarias y hurtos.	Ocasionalmente
Comunicación con CDS (que es el punto de primero contacto para la Persona Cualificada Responsable de Farmacovigilancia - QPPV de la UE para problemas relacionados con Farmacovigilancia) y comunicación con el PVRR (Persona Responsable por Farmacovigilancia) de la región de LA.	Permanentemente
Recopilación y reenvío de EA/ RAM a CDS (actualmente utilizando COSI), incluidas las solicitudes de información de seguimiento según los plazos establecidos en el SOP aplicable y las regulaciones locales.	Permanentemente
Presentación local de PSURS y RMP si corresponde	Ocasionalmente
Implementación local de medidas de minimización de riesgos.	Permanentemente
Proporcionar información de contenido relevante para el PSMF, por ejemplo, en informes de cumplimiento trimestrales	Permanentemente
Provisión de búsqueda de literatura local y documentación de la misma	Ocasionalmente
Capacitación del personal local (a través de e-learning proporcionado por CDS) y otros cursos de la región LA.	Ocasionalmente
Recepción y envío de la comunicación de la autoridad de salud a CDS y región LA.	Eventualmente
Preparación de los CAPA para los hallazgos de auditoría y las desviaciones del proceso	Eventualmente
Monitoreo de la puntualidad de los informes expedidos, la presentación del PSUR y la finalización de la capacitación en FMV	Ocasionalmente
Recopilación y provisión de información relevante para la seguridad en ensayos, PSP, programas de investigación de mercado, programas con nombre del paciente para CDS	Permanentemente
Comunicación sobre cambios en la regulación a CDS (incluso si la regulación local específica define las tareas y los requisitos previos de una persona de farmacovigilancia local y su cumplimiento), y a región LA	Ocasionalmente
Mantener la documentación de todas las actividades relacionadas con FMV como se indica anteriormente	Permanentemente
Ser el principal punto de contacto en caso de auditorías o inspecciones de FMV.	Ocasionalmente

4. FUNCIONES /ACTIVIDADES (Adicionalmente incluir funciones de los cargos críticos en la gestión ambiental y Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo)	Periodicidad (Ej.: Permanente, Mensual, Anual, etc.)
b) Tareas secundarias (Tareas realizadas regularmente además de las tareas principales, pero que no determinan el carácter esencial de la función)	
Coordinar permanentemente reuniones con el área de Asuntos Regulatorios para complementar la información de los productos con Registro Sanitario a cargo de FME Colombia.	Permanente
Traducción al inglés de cualquier documento relacionado con FMV (informes EA, material de capacitación, artículos, etc.)	Eventualmente
c) Otras tareas (Tareas no realizadas con regularidad que son sin embargo una parte del trabajo, o tareas especiales / trabajo de proyecto)	
Gestionar y responder los eventos relacionados con Servicio al cliente (Clientes o pacientes), que les sean remitidos por un área, jefe, y/o por cualquier otro de los medios de comunicación dispuestos por la Compañía para este fin, los cuales debe atender y responder dentro de los plazos fijados en procedimientos y/o regulación vigente.	**Permanente**
Contribuir con la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad mediante: - Conocer y cumplir las directrices de la política y objetivos de Calidad de la organización, en relación con las actividades diarias de su cargo y su contribución a la eficacia del SGC. - La actualización de la documentación necesaria para el desarrollo de su cargo, en caso de tener modificaciones o encontrarse desactualizada. - La gestión oportuna de planes de acción derivados de acciones correctivas o identificados dentro de la gestión de riesgos. - El reporte al jefe inmediato y/o al SGC para toma de acciones cuando se presenten incumplimientos a metas definidas en los indicadores de gestión de su proceso o resultado de salidas no conformes. - Atender auditorías internas o externas en caso de requerirse. **Difundir oportunamente a su equipo de trabajo (si aplica) las responsabilidades asignadas.**	**Permanente**
Conocer y cumplir con las directrices de la política de seguridad de la organización en relación con las actividades diarias de su cargo	**Permanente**

5. INDICADORES DE RENDIMIENTO (Listar indicadores cuantitativos del cargo, los cuales están alineados con los objetivos estratégicos y serán valorados en la evaluación de desempeño)
• Cumplimiento cronograma capacitaciones • Proporción de vigilancia de eventos

6. EDUCACIÓN, FORMACIÓN Y EXPERIENCIA
Educación (Título académico. Especificar: Bachiller, Tecnólogo, Técnico, Carrera profesional): Químico Farmacéutico
Conocimientos complementarios: Conocimientos específicos requeridos para desempeñar el cargo. (Cursos complementarios de formación técnica y conocimientos en informática requeridos para ocupar el puesto. La formación debe ser adicional a la especificada en la **CO-P-1004 vv** Competencias de Empleados - Necesidades de Formación. a) Conocimientos técnicos • Conocimiento de Normatividad relacionada con Farmacovigilancia, tecno vigilancia y reactivo vigilancia • Procesos Farmacéuticos • Auditoria de sistemas de Calidad GMP • Conocimientos básicos en Administración de Empresas b) Idiomas (básico, intermedio, avanzado) • inglés básico
Experiencia (Años mínimos de experiencia requeridos para el cargo): Tres (3) años en cargos similares.

7. COMPETENCIAS

	NIVEL			
Competencias Corporativas (Todos los cargos)	**0**	**1**	**2**	**3**
Orientación a resultados			**X**	
Orientación a clientes y servicio				**X**
Comunicación			**X**	
Trabajo en equipo (Aplica para cargos staff: auxiliares, analistas y técnicos especializados).			**X**	
Aprendizaje Organizacional			**X**	
Influencia técnica				**X**
Competencias Liderazgo (Aplica para Coordinadores, Jefes Directores, Gerentes)	**0**	**1**	**2**	**3**
Colaborar globalmente			**X**	
Definir y formar visión y propósito			**X**	
Desarrollar nuestro talento		**X**		
Dirigir innovaciones y cambios positivos			**X**	
Evaluación de rendimiento general			**X**	
Ser un buen tomador de decisiones			**X**	

8. DIMENSIONES

DIMENSIONES PERSONALES:

NÚMERO DE PERSONAS DIRECTAS A CARGO	**con una X seleccione el intervalo que se ajusta**
0	X
1 –5	
6 –9	
10 en adelante	
NÚMERO DE PERSONAS INDIRECTAS A CARGO	
0	
1 – 100	
101 –400	X
401 en adelante	

DIMENSIONES ECONÓMICAS: (*Por Año) En Miles de pesos*

CONCEPTO	**Valores En Miles De Pesos**			
Centro de costo a cargo	Si	X	No	
Presentación de Budget	Si		No	
Autorizado a gastos sin aprobación del jefe inmediato	Si		No	
Ingresar monto autorizado *(ver CO-PO-1085 vv)*				
Presupuesto de Gastos	No aplica			
Presupuesto de Inversiones	No aplica			
Presupuesto de Ventas	No aplica			
Presupuesto de Cartera	No aplica			

9. NATURALEZA DE LA RESPONSABILIDAD

DECISIONES QUE SE TOMAN POR SÍ MISMO :

- Alineación de Documentos de Latinoamérica
- Coordinación de actividades de su trabajo
- Desarrollar e implementar estrategias para cumplimiento de índices de gestión del área .
- Definición de las herramientas de seguimiento al riesgo
- Diligenciamiento de indicadores y reporte de éstos a las entidades regulatorias
- Ajustes al plan de capacitación y presentación de resultados de análisis.

DECISIONES QUE SE TOMAN CONSULTANDO AL SUPERIOR INMEDIATO:

- Definición de roles y funciones
- Definición de Indicadores
- Definición de periodicidad de capacitaciones
- Implementación de políticas corporativas.
- Necesidades y contratación del personal de producción.
- Definición y aprobación de objetivos anuales del área.
- Aprobación de planes de contingencia, cambios tecnológicos, cambios de procesos.
- Todas aquellas que involucren personal de otras dependencias.

SOLUCIÓN DE SITUACIONES COMPLEJAS:

- No Aplica.

10. RESPONSABILIDADES CON EL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL			
Responsabilidad con el medio ambiente para todos los cargos			
ACTIVIDAD	**MANDO ALTO**	**MANDO MEDIO**	**MANDO OPERACIONAL**
Cumplir las normas y ejecutar las actividades que los programas de gestión ambiental requieran.	X	X	X
Orientar al personal a cargo para el desarrollo de los planes y/o programas de gestión ambiental y velar por el cumplimiento de los requisitos legales	X	X	
Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales ambientales y otros requisitos aplicables.	X		
Propender para que se asegure el cumplimiento y la observación constate de todas las exigencias derivadas de los requisitos legales de los permisos y autorizaciones administrativas y de otros requisitos vinculantes (asumidos voluntariamente por la organización).	X	X	
Delegar sus tareas en subordinados, sin que ello lo exima de la obligación de supervisar todas las funciones que haya delegado. (El responsable último de las tareas y funciones delegadas sigue siendo siempre el superior).	X	X	
Participar activamente para el cumplimiento de los programas de gestión ambiental que involucren al área	X	X	X
Capacitarse y/o formarse en temas del SGA y en el manejo de la documentación del sistema	X	X	X
Tipo de mando: (Ir a la matriz de cargos (CO-I-0851 vv ver Anexo 1) para determinar su tipo de mando, luego proceda a anotarlo acá, recuerde que puede ser mando medio, mando alto o mando operacional)	ALTO		
Riesgo de causar impacto significativo: (Ir a la matriz de cargos (CO-I-0851 vv ver Anexo 1) para determinar su tipo de riesgo, luego proceda a anotarlo acá, recuerde que puede ser Alto, Medio, Bajo o Sin impacto)	MEDIO		

11. RESPONSABILIDADES CON EL SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
Responsabilidad con la seguridad y salud en el trabajo para todos los cargos			
ACTIVIDAD	**MANDO ALTO**	**MANDO MEDIO**	**MANDO OPERACIONAL**
Aprobar y dar a conocer a todos los trabajadores de FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A., la política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	X		
Conocer el Manual del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo de Fresenius Medical Care	X	X	X
Cumplir y hacer cumplir las políticas, objetivos y normas establecidas con relación al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	X	X	X

11. RESPONSABILIDADES CON EL SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
Responsabilidad con la seguridad y salud en el trabajo para todos los cargos			
ACTIVIDAD	**MANDO ALTO**	**MANDO MEDIO**	**MANDO OPERACIONAL**
Motivar y fomentar la práctica de métodos seguros de trabajo.	X	X	
Responsabilizarse por la seguridad integral del área y el personal a su cargo.	X	X	
Orientar al personal a cargo para el desarrollo de los planes y/o programas de Seguridad y Salud en el Trabajo.	X	X	
Dar cumplimiento a los requisitos legales en Seguridad y salud en el Trabajo y otros requisitos aplicables a la Organización.	X	X	
Velar porque todos los accidentes e incidentes sean reportados, registrados e investigados en forma adecuada.	X	X	
Informar a sus superiores o al funcionario asignado de Seguridad y Salud en el Trabajo, condiciones y procedimientos peligrosos en los lugares de trabajo y presentar sugerencias para su corrección.	X	X	X
Capacitarse y/o formarse en temas del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y en el manejo de la documentación del sistema	X	X	X
Participar activamente en las actividades del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	X	X	X
Procurar el cuidado integral de su salud	X	X	X
No efectuar ninguna labor que represente riesgo, sin el pleno conocimiento y destreza. Antes debe solicitar indicaciones por parte del jefe inmediato y si la labor lo requiere tramitar el respectivo permiso de trabajo.		X	X
Solicitar y/o utilizar los elementos de protección personal requeridos para el desarrollo seguro de su labor.		X	X
Tipo de mando: (Ir a la matriz de cargos (CO-I-0851 vv ver Anexo 2) para determinar su tipo de mando, luego proceda a anotarlo acá, recuerde que puede ser mando medio, mando alto o mando operacional)	ALTO		

12. CONDICIONES DE TRABAJO
Herramientas de trabajo que requiere el cargo para desempeñarse adecuadamente: Computador, Oficina, Teléfono Celular.

13. OBSERVACIONES (Mencionar requerimientos especiales como disponibilidad para viajar (nacional/internacional), trabajar fines de semana, feriados, en turnos, etc)
Ninguna

Nota: La impresión de este documento se considera una copia no controlada. No se asegura que ésta sea la última versión, excepto que se encuentre avalado bajo el sello copia controlada.

RTS

Comprometidos con la calidad de vida del paciente renal

RTS Colombia Ltda

NIT 805.004.835-1

Calle 36 No 2C-22

Tel 4 44 70 00

Cali-Colombia

A QUIEN CORRESPONDA

El suscrito gerente de Operaciones de Recursos Humanos de RTS COLOMBIA LTDA, se permite informar que la señora BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO, identificada con cédula de ciudadanía Número 53.003.055 de Bogotá, laboró en la compañía durante el periodo comprendido entre 7 de Octubre de 2013 y el 28 de Noviembre de 2015,su último cargo desempeñado fue Químico farmacéutico regional con las siguientes funciones:

- Apoyo en auditorías internas y externas (Secretaria , INVIMA)
- Manejo de farmacovigilancia y tecnovigilancia a nivel local y regional
- Seguimiento costos unidades renales
- Soporte técnico al equipo asistencial de las unidades renales
- Capacitaciones en temas de farmacovigilancia (farmacología y farmacocinética de sustancias químicas toxicológicos, etanol)
- Participación en proyectos innovadores para la compañía

CORDIALMENTE

María Bahamón.

MARIA ISABEL BAHAMON VELASQUEZ
GERENTE RECURSOS HUMANOS

Hermanas Hospitalarias
CLINICA LA INMACULADA

C.T.F. No 263

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO

NOMBRE DEL EMPLEADOR : HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS-CLINICA LA INMACULADA.
DOMICILIO DEL EMPLEADOR : Carrera 7 No 68 – 70 de Bogotá.
NIT : 860.007.760-1
NOMBRE DEL TRABAJADOR : BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO
DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR : CRA #17-05 SOACHA, Bogotá
LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD : Bogotá 14 mayo de 1983, colombiano.
OFICIO QUE DESEMPEÑARÁ EL TRABAJADOR :DIRECTOR TECNICO SERVICIO FARMACEUTICO
SALARIO : $ 4.244. 604.oo
PAGADERO POR : Mensualidades.
FECHA DE INICIACIÓN DE LABORES : 24 de septiembre 2018.
LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁN LAS LABORES : HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS-CLÍNICA LA INMACULADA.
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR: Bogotá.
TÉRMINO INICIAL DEL CONTRATO : (4) meses.
VIGENCIA DEL CONTRATO : Desde el 24 de septiembre de 2018 hasta el 23 de enero de 2019.
JORNADA LABORAL : 48 Horas semanales

Entre el empleador y el trabajador, de las condiciones ya dichas identificados como aparece al pie de sus correspondientes firmas se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, regido por las normas establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo y aquellas normas que lo modifiquen, aclaren, adicionen o deroguen y específicamente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.- OBJETO:** El empleador contrata los servicios personales del trabajador y este se obliga: a) A poner al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado como **DIRECTOR TECNICO SERVICIO FARMACÉUTICO** las labores anexas y complementarias del mismo en caso de que existan, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes. **SEGUNDA. -OBLIGACIONES**: El trabajador se obliga a: 1. Realizar personalmente la labor descrita en el manual de funciones y en el presente contrato, observar y acatar los preceptos del Reglamento Interno de Trabajo y cumplir las instrucciones que de modo particular le impartan el empleador o sus representantes, según el orden jerárquico establecido. 2. No comunicar con terceros salvo autorización expresa, las informaciones que tenga sobre su labor, especialmente sobre las cosas que sean de naturaleza reservada o cuya divulgación pueda ocasionar

perjuicios al empleador, pacientes o familiares, compañeros de trabajo, lo que no obsta para denunciar delitos comunes o violaciones del contrato o de las normas legales del trabajo ante las autoridades competentes 3. Conservar y restituir en buen estado, salvo el deterioro natural, los instrumentos y útiles que le hayan sido facilitados y las materias primas sobrantes. 4. Guardar rigurosamente la moral en las relaciones con sus superiores y compañeros. 5. Comunicar oportunamente al empleador las observaciones que estime conducentes para evitar daños y perjuicios a la institución o a sus pacientes. 6. Prestar la colaboración posible en casos de siniestro o de riesgo inminente que afecten o amenacen los pacientes, trabajadores o bienes de la clínica. 7. Observar las medidas preventivas emitidas por salud ocupacional. 8. Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y ordenes preventivas de accidentes o de enfermedades profesionales. 9. Realizar las actividades necesarias que como **DIRECTOR TECNICO SERVICIO FARMACÉUTICO** se requieren a fin de cumplir a cabalidad con la atención a los pacientes que requieran de su servicio. 10. Cumplir con las normas de ética propias de su formación. 11. Cumplir las demás funciones asignadas por el jefe inmediato, Representante Legal y/o directivos según la naturaleza del cargo. **TERCERA.- VALOR:** El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero en las oportunidades también ya señaladas. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Se aclara y se conviene que en los casos en los que el trabajador devengue comisiones o cualquier otra modalidad de salario variable, el 82.5% de dichos ingresos, constituye remuneración ordinaria y el 17.5% restante esta designado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo de Trabajo. **CUARTA.- TRABAJO SUPLEMENTARIO** Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en día domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley, así como los correspondientes recargos nocturnos. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, dominical o festivo el empleador o sus representantes deben autorizarlo previamente por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, al empleador o sus representantes. El empleador, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o avisado inmediatamente, como queda dicho. **QUINTA.- HORARIO:** El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem. **SEXTA.-PERIODO DE PRUEBA:** Las partes acuerdan un periodo de prueba de 24 días, que no es superior a la quinta parte del término inicial de este contrato ni excede dos meses. En caso de prorrogas o nuevo contrato entre las partes se entenderá que no hay nuevo periodo de prueba. Durante este periodo tanto el empleador como el trabajador, podrán terminar el contrato en cualquier momento en forma unilateral, de conformidad con el artículo 78 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 7° de la ley 50 de 1990. Si la duración del contrato fuere

superior a treinta días e inferior a un año, se entenderá por renovado por un término inicial al pactado, si antes de la fecha del vencimiento ninguna de las partes avisare por escrito la terminación de no prorrogarlo, con una antelación no inferior a treinta días. **SEPTIMA.-SON JUSTAS CAUSAS PARA DAR POR TERMINADO ESTE CONTRATO**. 1. El incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. 2. Las prohibiciones consagradas en el artículo 60 del mismo código. 3. las enumeradas en los artículos 62 y 63 del normado. 4. Se entiende que las mismas están acorde con las normas legales vigentes y como justas causas para dar por terminado el contrato de trabajo de forma unilateral por parte del empleador y del trabajador las siguientes: a). Las causales establecidas de conformidad con el articulo 51 por parte del empleador, Articulo 52 por parte del trabajador del Reglamento Interno de Trabajo y las contempladas como faltas graves en el Articulo 55 del mismo reglamento y además b) El uso irracional e injustificado de insumos y/o materias primas para desarrollar su labor. C) El cobro de dineros u otro tipo de remuneraciones para si o para terceros a pacientes, usuarios o empleados de la Clínica en virtud a actividades ajenas al servicio. d). Así como desconocer con sus acciones y omisiones los valores hospitalarios que desarrollan las implicaciones del significado de la Hospitalidad de la Institución: **SENSIBILIDAD POR LOS EXCLUIDOS, SERVICIO A LOS ENFERMOS Y NECESITADOS, ACOGIDA LIBERADORA, SALUD INTEGRAL, CALIDAD PROFESIONAL, HUMANIDAD EN LA ATENCION, ETICA EN TODA ACTUACION Y CONCIENCIA HISTORICA**, incumplir con las políticas de calidad de la institución, desconocer los reglamentos, protocolos, cualquier manifestación de maltrato físico o psicológico a los pacientes y demás obligaciones contenidas en documentos anexos al presente contrato que contenga las cláusulas adicionales del mismo o constituyan procesos, procedimientos y demás pautas de ejecución del mismo. **OCTAVA.-INVENSIONES**: Las invenciones o descubrimientos realizados por el trabajador contratado para investigar pertenecen al empleador, de conformidad con el artículo 539 del Código de Comercio, así como el artículo 20 y concordantes de la ley 23 de 1982 sobre derechos de autor. En cualquier otro caso el invento pertenece al trabajador, salvo cuando éste no haya sido contratado para investigar y realice la invención mediante datos o medios conocidos o utilizados en razón de la labor desempeñada, evento en el cual el trabajador, tendrá derecho a una compensación que se fijará dé acuerdo con el monto del salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que reporte al empleador u otros factores similares. **NOVENA.-LUGAR DE PRESTACIÓN:** Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto al inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del trabajador, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el empleador de conformidad con el numeral 8° del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. El trabajador se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el empleador dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del trabajador y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990. **DÉCIMA INTERPRETACIÓN:** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores

Hermanas Hospitalarias
CLINICA LA INMACULADA

dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social. **DÉCIMO PRIMERA.- RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN:** Como quiera que la duración del contrato resulta superior a 30 días e inferior a un año, se entenderá renovado por un termino igual al inicialmente pactado de forma automática, si 30 días antes del vencimiento ninguna de las partes manifiesta por escrito su decisión de no prorrogar el contrato, lo cual no genera ni da lugar a ningún tipo de reclamación o indemnización. **DÉCIMO SEGUNDA.-LIBERTAD DE CONCIENCIA**: Se deja constancia que pese a la libertad de conciencia que se garantiza al recurso humano, la Clínica la Inmaculada pertenece a HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, por ende su naturaleza es religiosa católica, la cual tiene dentro de sus objetivos prioritarios la atención integral al paciente, en los aspectos físicos, psíquicos, social y espiritual, lo cual exige una aptitud de máximo respeto a los derechos fundamentales y la aplicación de la hospitalidad en el sentido bíblico de misericordia y amor a las personas, siendo gestores y garantes tanto el trabajador como el empleador. **DÉCIMO TERCERA:** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquiera otro contrato verbal o escrito celebrado por las partes con anterioridad. Las modificaciones que se acuerden al presente contrato se anotarán en documento adicional que hará parte integral del presente contrato. **DÉCIMO CUARTA. -CONFIDENCIALIDAD:** El trabajador se compromete a llevar a cabo las labores asignadas con los más altos estándares de confidencialidad y competencia ética e integridad profesional, a no revelar directa o indirectamente a ninguna persona, ni durante la vigencia del contrato, ni después de su terminación ninguna información que hubiera obtenido durante la ejecución del mismo, ya sea en relación con los pacientes y/o con la reserva legal que debe guardarse de la Historia Clínica o cualquier tipo de información administrativa y/o asistencial que sea considerada como confidencial por parte de la institución.

Para constancia de las partes se firma en dos (02) ejemplares del mismo tenor y valor, en la ciudad de Bogotá, al día 24 de Septiembre de 2018.

EL EMPLEADOR

GERMÁN AUGUSTO GUERRERO GÓMEZ
Representante Legal.

EL TRABAJADOR

BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO
C.C. No 53.003.055de Bogotá

Revisó: Dr. Miguel Bautista-Coordinador Jurídico

Hermanas Hospitalarias
CLINICA LA INMACULADA
NIT: 860.007.760 - 1

LA COORDINACIÓN DE GESTIÓN HUMANA
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
CLINICA LA INMACULADA.

CERTIFICA

Que el(a) Señor(a) **BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **53.003.055** de Bogotá, laboró en nuestra entidad desempeñando el cargo de **DIRECTOR TECNICO SERVICIO FARMACEUTICO** mediante Contrato de Trabajo a Término Fijo Inferior a un Año, desde el 24 de septiembre de 2018 hasta el 23 de mayo de 2019.

La anterior se expide en Bogotá D.C., el día 11 de diciembre de 2023, a solicitud del(a) interesado(a).

Cordialmente,

HERMANAS HOSPITALARIAS del Sagrado Corazón de Jesús CLÍNICA LA INMACULADA GESTIÓN HUMANA NIT 860.007.760-1

LAURA SASTOQUE
Coordinadora de Gestión Humana.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 07/11/2018

CONTRIBUYENTE	CC 53003055	BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 24 A BIS 44 A 06 Teléfonos: 3197893482

Dirección electrónica: hailowhite@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 07/11/2018

Matricula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 07/11/2018 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 74902 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2: 47731 - Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales en establecimientos especializados

Actividad 3: 8551 - Formación para el trabajo

Actividad 4: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 53003055 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Soacha

Dirección CARRERA 3 NUMERO 17-05 **Teléfonos** 3197893482 7813101

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
BLANCA CECILIA CANGREJO MANTILLA	20939661	Madre
MARCO FIDEL SANCHEZ RINCON sanchez	3175344	Padre

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

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 15.000.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 200.000,00
HONORARIOS	$ 24.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 39.800.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Cuenta de ahorros	62460222627	SOACHA	$ 6.000.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO 19/10/2024 10:26:16

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 19-oct-2024

CIUDAD Y FECHA

	FORMATO SARLAFT	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	27/12/2018	
		Código:	18-02-FO-0011	

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

FECHA:	2024-10-18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, 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 LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
SANCHEZ	CANGREJO	BLANCA	CECILIA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	53.003.055	BOGOTÁ	2001-06-05
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1983-05-24	SOACHA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)			3197893482

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 24 A BIS 44 A 6	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7813101

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
hallowhite@gmail.com		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADO

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. X	C.E.	R.C.	NUIP				
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NACIONALIDAD:	

Powered by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	FORMATO SARLAFT	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	27/12/2018	
		Código:	18 02 FO 0011	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☒ NO ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
			ICA	SI ☐	NO ☐	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐ LUD ☒	# NIT	900.959.048-4

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ NERGETICA FI☐CIERA TRA☐ORTE TECNO☐A ALIMENTO☐ MEDICAMENT☐ ☐

OTRA ☐ CUAL: ☐

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 10.000.000	GASTOS FAMILIARES	$ 100.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	$ 2.000.000	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 12.000.000	TOTAL EGRESOS	$ 100.000	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
RODRIGUEZ	COTRINO	LUIS	FELIPE
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 24 A BIS 4 A6	BOGOTA	AMIGO	3002833958

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS	488844857 98	UNISUR	166999

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACI☐ EXPORTACION☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐A ☐ CUAL: ☐

Powered by CamScanner

	FORMATO SARLAFT	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	27/12/2018	
		Código:	18-02-FO-0011	

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

1 Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc)

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE 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 a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** 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 a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** 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 **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.**

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 dias 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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo 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, CREDITICA, 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 requeriria 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:

Powered by CamScanner

	FORMATO SARLAFT	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación:	27/12/2018	
		Código:	18-02-FO-0011	

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit. 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No. 39-46 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 ESE 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 ESE 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 le ESE 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 ESE 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 ESE 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 capitulo 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.

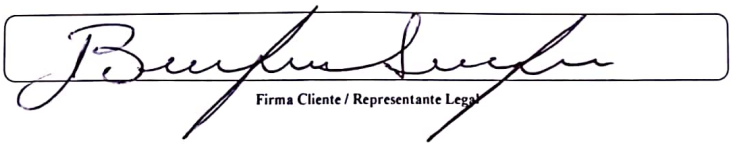
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 9 No. 39-46, Bogotá, Teléfono 7560505 Ext. 1601)*** 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

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141124435934

(415)7707212489984(8020) 000014112443593 4

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	CANGREJO	BLANCA	CECILIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
SUPERDROGUERIA Y MINIMERCADO LA POPULAR	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CR 3 17 05

42. Correo electrónico: hallowhite@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 5 7 5 4	3 1 9 7 8 9 3 4 8 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 8 1 1 0 7	8 5 5 1	2 0 1 7 1 2 0 1	4 7 7 3 / 7 4 9 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	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 2024 - 09 - 11 / 12 : 02: 37

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SANCHEZ CANGREJO BLANCA CECILIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141124435934

(415)7707212489984(8020) **000014112443593 4**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 2 2 0 4 1 9	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 2 0 4 1 9	
77. No. Matrícula mercantil	0 3 5 1 6 3 8 8	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141124435934

(415)7707212489984(8020) **000014112443593 4**

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: SUPERDROGUERIA Y MINIMERCADO LA POPULAR

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4	

165. Dirección: CR 3 17 05

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 3 5 1 6 3 9 0	2 0 2 2 0 4 1 9	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

Bogotá D.C., 17 de Octubre de 2024

PARA: DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - Contratante

DE: BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO-53003055
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo BLANCA CECILIA SÁNCHEZ CANGREJO, identificado(a) con la C.C. No. 53003055 de BOGOTÁ, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento, que:

PRIMERO: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

SEGUNDO: No me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad, prohibición, conflicto de interés o impedimento alguno de conformidad a lo establecido la Constitución Nacional, así como el artículo 8 de la ley 80 de 1993; los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011; el artículo 7 del Acuerdo 037 de 2017 (Estatuto de Contratación de la Subred) y demás normas concordantes para aplicar a el proceso de contratación que adelantará la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. bajo la modalidad de orden de prestación de servicios para el año en curso.

TERCERO: No se realizó ningún tipo de beneficio económico o de cualquier otra índole con algún colaborador y/o tercero de la Entidad que haya interferido en la aplicación del proceso de selección.

CUARTO: No tengo conocimiento sobre demandas de carácter alimentario en mi contra, así como también expreso que a la fecha No estoy incurso en procesos por alimentos. Además, manifiesto que en el evento de que surja una condena de esta naturaleza en mi contra, cumpliré con mis obligaciones de familia, para lo cual saldré al saneamiento de dicha sentencia, como lo estipula el Artículo 6º de la Ley 311 del 12 de agosto de 1996.

QUINTO: La información contenida en los soportes académicos presentados de forma magnética son reales y me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

TIPO DE FORMACION (FORMAL O INFORMAL)	**TITULO O CERTIFICACION OBTENIDA**	**FECHA DE EXPEDICION (DIA, MES, AÑO)**	**ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE**	**VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DIA, MES, AÑO)**
FORMAL	QUIMICO FARMACÉUTICO	9/10/2008	UNIVERSIDAD NACIONAL DE	

			COLOMBIA	
FORMAL	EPIDMIÓLOGO	14/5/2014	FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS	

SEXTO: Certifico que SI _____ NO X _____ existe circunstancia alguna que implique conflicto de intereses en el desarrollo de las actividades asignadas para la presente vigencia.

-Cuenta con familiares trabajando dentro de la Subred Sur Occidente SI___NO__X_

- De ser afirmativa su respuesta responda:
  - Nombre del familiar que trabaja en la institución: _____
  - Parentesco con esta persona: _____

- ¿Por qué medio llego su hoja de Vida a la Subred Integrada Sur Occidente ESE?

CORREO ELECTRONICO	X	
RADICACION DE HV DE FORMA FISICA		
PLATAFORMA DE EMPLEABILIDAD		
VOZ A VOZ		
REFERIDO POR ALGUN FUNCIONARIO		QUIEN: _____

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.

Blanca Cecilia Sánchez

FIRMA _____

C.C. No. ___53003055_____

TELEFONO 3197893482_____

DIRECCION _CARRRA 3 17 05 SOACHA_____

BARRIO EL DORADO_____

E-MAIL _hallowhite@gmail.com_____

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

Blanca Cecilia Sánchez cangrejo, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [18] del mes de [Octubre] de [2024]

Blanca cecilia Sánchez Cangrejo

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: _Blanca Cecilia Sánchez cangrejo

Documento de Identidad: 53003055_____

Colombia Compra Eficiente

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
85121902	Quimicio farmaceurico	2/01/2020	31/07/2020	14.120.682	SINGULAR	PUBLICO	QUIMICO FARMACEUTICO
85121902	Quimicio farmaceurico	26/08/2020	30/11/2020	14.120.682	SINGULAR	PUBLICO	QUIMICO FARMACEUTICO

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 53003055
NOMBRES Y APELLIDOS	Sanchez Cangrejo,Blanca Cecilia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/06/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Sánchez Cangrejo, Blanca Cecilia, a los 18 días del mes de Octubre del año 2024.

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



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada labasededatos de Afiliados, el Señor(a) **BLANCACECILIA SANCHEZCANGREJO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **53003055,** seencuentraafiliado (a) desde **01/08/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓNHISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMAGENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondode Pensióna COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/08/2013	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de Octubre de 2024.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no esválido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL, **18/10/2024**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **53003055**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

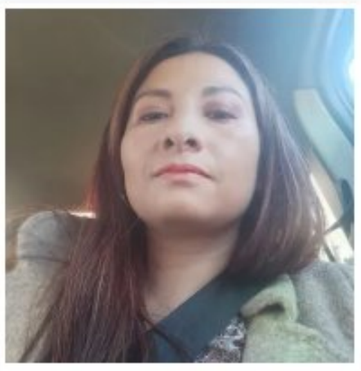
N#mero	**488401526493**
Saldo a la fecha	**1,063,381.37 Pesos**
Fecha de apertura	**25/09/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 22/6/2023 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional Ingreso

Nombres y Apellidos: Blanca Cecilia Sánchez Cangrejo Documento: 53003055

Edad: 40 Género: FEMENINO Ciudad residencia: Bogotá

Empresa: PARTICULAR Cargo:

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Blanca Sánchez con documento de identificación No 53003055 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

ÉNFASIS OSTEO-MUSCULAR: NO DATOS SUGESTIVOS DE PATOLOGÍA OSTEO-MUSCULAR.
ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO SEGÚN PROFESIOGRAMA
OPTOMETRÍA: USUARIA DE LENTES DE CORRECCIÓN PARA MIOPÍA

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONÓMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. EJERCICIO AEROBICO
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
EVITAR LOS CONTACTOS ESTRECHOS POR MAS DE 15 MIN SIN TAPABOCAS
USO PERMANENTE DE TAPABOCAS
LIMPIEZA DE PUESTO DE TRABAJO
LAVADO DE MANOS SEGÚN TECNICA DE LA OMS
ESQUEMA DE VACUNACION PARA INFECTO CONTAGIOSAS
7. ALIMENTACIÓN BALANCEADA
8. CONTROL DEL PESO
9. CONTROL VISUAL ANUAL
10. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
11. BUEN MANEJO DE HERRAMIENTAS

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Mantén hábitos de sueño

SIXTA VIVERO CARRASCAL
REGISTRO MÉDICO NO 55300504
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 583
16 DE FEBRERO DE 2021

Verifica la validez de este certificado

FIRMA TRABAJADOR
Blanca Sánchez
53003055

Powered by CamScanner

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1a. Dosis	06 JUL 2019	ANBUCO RAMOS JUAREZ.
	2a. Dosis	06 / 08 / 19	
	3a. Dosis	06 / 09 / 19	
	Refuerzo	06 / 07 / 20	

VACUNAS		FECHA	FIRMA
TETANO Tetano D.T. Diftetico	1a. Dosis	06 JUL 2019	DGCS/IVB/Adolesc.
	2a. Dosis	06 / 08 / 19	
	Refuerzo	06 / 01 / 20	
	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE No. (Valida por 10 Años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
NEUMOCOCO CONJUGADO	1a		
	2a		
	3a		
	4a		
VIRUS POLIO INACTIVO	1a		
	Refuerzo		
HEPATITIS "A"	1a		
	2a		
VARICELA	1a		
	2a		
INFLUENZA (GRIPE)	1a		
	2a		
	3a		

Scanned by CamScanner

ESQUEMA ANTIRRÁBICO

	No. DOSIS	No. DÍA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1a.	0		
	2a.	3		
	3a.	7		
	4a.	14		
	5a.	28		
PRE-EXPOSICION	1a.	0		
	2a.	7		
	3a.	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1a. Dosis		
		2a. Dosis		
		3a. Dosis		
	Gamaglobulina			
	Suero Antiofídico			
	Suero Antirrábico			

Anotaciones Especiales

Vigilado Supersalud

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá. D.C.

S.A.M.U.

Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá

www.cruzrojabogota.org.co

243891

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE: Blanca Cecilia Sanchez C.

FECHA DE NACIMIENTO: 24/05/83. SEXO: F

TELÉFONO: _____

Sv004

Scanned by CamScanner

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	Blanca Cecilia Sánchez Cangrejo
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	hallowhite@gmail.com
Teléfono	
Celular	3016120321
Nivel Educativo	

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	English (United States)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	What was your childhood nickname?
Respuesta	white
SMS para recuperar la contraseña	3016120321

Editar

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C.,

Señores: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Dirección: CARRERA 30 45 3

Ciudad: BOGOTÁ

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO
Documento de Identidad	53003055
Título otorgado	QUÍMICA FARMACÉUTICA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09/10/2009
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÁ D.C

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

_____

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA

Blanca Cecilia Sánchez Cangrejo

_____

NOMBRE DEL COLABORADOR: BLANCA CECILIA SÁNCHEZ CANGREJO CEDULA: 53003055

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C.,

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS

Dirección: CARRERA 11 59 61

Ciudad: BOGOTÁ

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	BLANCA CECILIA SÁNCHEZ CANGREJO
Documento de Identidad	53003055
Título otorgado	ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	20/6/2014
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÁ D.C

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

_____

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA

Blanca Cecilia Sánchez Cangrejo

_____

NOMBRE DEL COLABORADOR: BLANCA CECILIA SÁNCHEZ CANGREJO CEDULA: 53003055

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	21/07/21	JANSSEN	212A214	Plaza Artesanos	Sonia Inés Guzmán Salinas Auxiliar de Enfermería C.C. 52.350.721	
	1,8 FEB 2022		PFIZER BIONTECH	210961	HOME SALUD	MARCELA LEAL AUXILIAR DE ENFERMERIA CC 52259672	

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: BLANCA CECILIA

Apellidos: SANCHEZ

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 53003055

Fecha de nacimiento: Día 24 Mes 05 Año 1983

Powered by CamScanner

ARL

Medellin, 19 de octubre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO** con documento de identidad **C53003055**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001	3	2.436	MORA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/10/2024 05:56:19 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **53003055 .**

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. **103693347** . 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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 05:55:18 PM horas del 18/10/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52003055**
Apellidos y Nombres: **MORALES DIAZ ADRIANA ROCIO**

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.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **53003055** de BOGOTA D.C.

(CINCUENTA Y TRES MILLONES TRES MIL CINCUENTA Y CINCO)

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* 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, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

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

* Certificado expedido sin costo alguno.

VICTOR JULIO URIBE GOMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 256484832

PIB
17:51:19

Bogotá DC, 18 de octubre del 2024

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) BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53003055:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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 viernes 18 de octubre de 2024, a las 17:53:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52003055
Código de Verificación	520030552410181753l3

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DEL PERFIL A CONTRATAR

Bogotá D.C., 18 octubre 2024

PARA: ***DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ***
Subgerente de Prestación de Servicios de Salud

DE: ***BIBIANA YULIETH AVILA BOHORQUEZ***
Directora de Gestión del Riesgo en Salud

Asunto: Constancia de verificación y cumplimiento de requisitos del perfil a contratar

Atento saludo,

Previa revisión de los documentos entregados por el colaborador que se relaciona a continuación, mediante la presente informo que el mismo cumple con los requisitos necesarios del perfil a contratar.

NOMBRE COLABORADOR: BLANCA CECILIA SANCHEZ CANGREJO
DOCUMENTO IDENTIDAD COLABORADOR: 53003055
PERFIL A CONTRATAR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO
SERVICIO O AREA: VSA - VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL

Atentamente

BIBIANA YULIETH AVILA BOHORQUEZ
Directora de Gestión del Riesgo en Salud

Declaro que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Elaborado por:	Marcela López Guerrero	Coordinadora PIC		18-10-2024
VoBo	Diego Castillo Ortiz	Referente Vigilancia Salud Ambiental VSA		18-10-2024