Popayán 20 de agosto 2020

SENA - CFP 199307
RADICACIÓN RECIBIDA
19-1-2020-002165
21/08/2020 6:06:21 p. m.
Destinatario: 199307

Señor (a):

Fernando Alfonso Escobar Quirá
Subdirector (E) Centro de Comercio y Servicios
SENA

Asunto: Presentación Oferta de Servicios Personales

De manera atenta me permito presentar a su consideración la oferta de prestación de servicios personales en los siguientes términos:

Objeto: Prestar los servicios personales de caracter temporal para orientar formacion profesional integral en titulada presencial o virtual, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca en el departamento del cauca. Programa: Talento Humano y Gestion Empresarial

Valor y forma de pago: El valor del presente contrato es máximo de CATORCE MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS ($14306666) esta suma será pagada al contratista de la siguiente manera: A) Un (1) Primer pago por valor de Un Millon Doscientos Treinta y Tres Mil Trescientos Treinta y Tres Pesos ($1.233.333) COP Incluido IVA, por el mes de Agosto de 2020. B) Tres (3) pagos iguales por valor de Tres Millones Setecientos Mil Pesos ($3.700.000) COP Incluido IVA, por los meses de Septiembre a Noviembre de 2020. C) Un (1) Ultimo pago por valor de Un Millon Novecientos Setenta y Tres Mil Trescientos Treinta y Tres Pesos ($1.973.333) COP Incluido IVA, por el mes de Diciembre de 2020.

Obrando en nombre propio, expreso mi voluntad de prestar el servicio en el plazo, forma y términos requeridos y bajo la **gravedad de juramento** manifiesto que no estoy incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contenidas en la Ley 80 de 1993, adicionado por la Ley 1150 de 2007. De igual manera manifiesto, que la información registrada y entregada con sus respectivos soportes para el futuro proceso de contratación, son auténticos y corresponden a mi experiencia laboral y académica, así mismo autorizo a la entidad para procesar, solicitar, divulgar, corroborar y obtener de cualquier fuente que realice las consultas, toda la información y referencias relativas a mi persona ante las entidades correspondientes y a cualquier otra entidad que maneje base de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012.

Adicional, manifiesto que he leído los documentos que soportan la futura contratación como son los **estudios previos y análisis del sector**, encontrándome habilitado conforme al perfil que se requiere y hago la siguiente declaración:

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Algún familiar suyo fue o es funcionario de la Entidad si ( ) No (X) , si su respuesta es afirmativa, relacione nombres y apellidos, _____

- Si su respuesta es afirmativa indique que tipo de parentesco tiene con Usted: _____.
- Si su familiar fue funcionario de esta Entidad, indique si fue: Directivo ( ) Asesor ( ) Profesional ( ) otro _____.
- Se encuentra afiliado y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018 si (X) no ( ).

DECLARACIÓN DE CONFLICTO O NO CONFLICTO DE INTERESES: Manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo a informar cualquier conflicto que a nivel personal llegue a comprometer la estabilidad económica, moral y particular a esta entidad.

Atentamente,

SANDRA MILENA TEJADA LOPEZ
C. de C. No. 52431190 de
Tel: 3148835955
Correo: milenalop1002@gmail.com

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
TEJADA	LOPEZ	SANDRA MILENA
C.C. ● C.E. ○ PAS ○ 52.431.190	SEXO F X M	NACIONALIDAD PAÍS: COLOMBIANA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE Nº D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DIA 1 0 MES 0 2 AÑO 7 7		CALLE 69 NORTE 6 30			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CAUCA
DEPTO	VALLE	MUNICIPIO	POPAYAN		
MUNICIPIO	CALI	TELÉFONO	3148835955	EMAIL	milenalop1002@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*FECHA DE GRADO*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		MES diciembre AÑO 1995
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA) X

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO 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
UN	10	X		ADMINISTRADOR DE EMPRESAS	12	2004	
ES	2	x		MERCADEO CORPORATIVO	8	2007	

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR **[R]**, BIEN **[B]**, O MUY BIEN **[MB]**

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Escuela de Salud del Cauca		x	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
Cauca	Popayán	a.academico@esacauca.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8381652	DIA 12 MES 6 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Docente	Coordinación Academica	calle 3 cra 4 esquina edificio telecom

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica la Estancia		x	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cauca	Popayán	rrhh@laestancia.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3183864379	1 MES 4 AÑO 2017	DIA 22 MES 4 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Universitario	Subgerencia Administrativa y financiera	calle 15N N°2-350

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Clinica la Estancia		x	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
Cauca	Popayán	rrhh@laestancia.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3183864379	1 MES 6 AÑO 2017	DIA 30 MES 3 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
Jefe area de Facturación	Subgerencia Administrativa y financiera	calle 15N N°2-350

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
CLINICA LA ESTANCIA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
CAUCA	POPAYAN	rrhh@laestancia.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3183864379	DIA 1 MES 8 AÑO 2007	DIA 30 MES 5 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Asistente de Mercadeo	Gerencia	calle 15N N°2-350

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
CLINICA LA ESTANCIA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
CAUCA	POPAYAN	rrhh@laestancia.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3183864379	DIA 16 MES 11 AÑO 2004	DIA 30 MES 6 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Integral	Coordinación de Facturación	calle 15N N°2-350

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	18	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**15**	**8**

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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

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

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO
52.431.190

APELLIDOS
TEJADA LOPEZ

NOMBRES
SANDRA MILENA

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1977
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	O-	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-MAR-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1100100-01124799-F-0052431190-20200109 0069603372A 1 8500170054

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011 y 734 de 2002)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	**Segundo nombre**	**Primer apellido**	**Segundo apellido**
Sandra	**Milena**	**Tejada**	**López**

Documento de identificación

C.C. [x] C.E. [ ] T.I [ ] Número: 52431190

Lugar de Nacimiento

País: Colombia | Departamento: Valle | Municipio: Cali

Lugar de domicilio

País: Colombia | Departamento: Cauca | Municipio: Popayán

Nombre de la entidad/organismo/institución/Notaría/Curaduría u otra donde trabaja

Cargo o función que cumple

Lugar de sede

País | Departamento | Municipio

Dirección

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	49.753.609
Cesantías e intereses de cesantías	945.662
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	**50.699.271**

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
ahorros	Colombia	$ 3.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR
casa	Colombia	Cauca	Popayán	80,000,000

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

CONCEPTO	SALDO
prestamo libre inversión	35,000,000

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente **SI** [x] **NO** [ ]

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Oscar Alexander Hoyos Gutierrez	**Union libre**	76,324,077

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se solicitará información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CALIDAD	VALOR	PAÍS

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en el numeral 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

Ministerio de Educación Nacional

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

ACTA DE GRADO No. 3003

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

En ceremonia realizada el día 11 de diciembre de 2004 en la ciudad de Popayán y presidida por el doctor Orlando Alvarez Alvarez, Director del CEAD, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

ADMINISTRADOR DE EMPRESAS
REGISTRO ICFES - M.E.N. 21024658000110011230O

A :

SANDRA MILENA TEJADA LOPEZ

Identificado(a) con cédula de ciudadanía Nº 52.431.190 de Santafé de Bogotá D.C., quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

ANÁLISIS DE LOS CARGOS EN LA CLÍNICA LA ESTANCIA DE LA CIUDAD DE POPAYÁN – CAUCA.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá, D. C., a los 11 días del mes de diciembre de 2004.

Rector *Decano Facultad*

Anotado en el libro de Actas No. 9

Registro de Diploma No. 23905 *Libro* 7 *Folio* 154

Secretario General

203-8

La Secretaria General (E) de la Universidad del Cauca expide la siguiente copia de:

ACTA DE GRADO No. 19 del 31 de agosto de 2007

En Popayán, capital del Departamento del Cauca, República de Colombia, a las 5:00pm del viernes treinta y uno (31) de agosto de dos mil siete (2007) y en cumplimiento de la Resolución R-364 del 28 de agosto de 2007 expedida por el Rector del Alma Máter, se realizó un acto solemne de grado en el Paraninfo Francisco José de Caldas, para la entrega de títulos conferidos por la Universidad del Cauca. La Secretaria General (E), una vez instalada la Ceremonia, lee la resolución afirmando que la graduanda ha cursado y aprobado el plan de estudios con la intensidad horaria requerida y cumple con los requisitos legales y reglamentarios. El Rector le toma el juramento y le otorga el título de:

ESPECIALISTA EN MERCADEO CORPORATIVO

A:

SANDRA MILENA TEJADA LOPEZ

cc52431190 de Santafé de Bogotá DC

El diploma acredita su idoneidad como Especialista en Mercadeo Corporativo.

Se registra en el Libro N°:071; Folio N°:594; Diploma N°:594-07

La ceremonia finaliza a las 6:00pm

Para constancia se expide la presente Acta de Grado. (Firmado) DANILO REINALDO VIVAS RAMOS, Rector; REINALDO ERAZO RODRIGUEZ, Decano Facultad de Ciencias Contables, Económicas y Administrativas; LUIS ALFONSO CALVO ARIAS, Director del Instituto de Estudios de Posgrado en Ciencias Contables, Económicas y Administrativas; MARTHA ALEJANDRA PARRA CHAVARRO, Secretaria General Encargada.

Es fiel copia tomada del original y se expide en Popayán, Ciudad Universitaria, a treinta y uno (31) de agosto de dos mil siete (2007)

MARTHA ALEJANDRA PARRA CHAVARRO
Secretaria General Encargada

001929

Sonia G.

Escaneado con CamScanner

la estancia

Popayán, 24 Enero de 2020

CER-TH-035-2020

NIT: 817003166 - 1

EL COORDINADOR DE GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que la señora **SANDRA MILENA TEJADA LOPEZ** identificada con Cédula de Ciudadania **No. 52431190** expedida en BOGOTA D.C., laboró en **CLINICA LA ESTANCIA S.A,** desde el 16 de noviembre de 2004 hasta el 22 abril de 2019 mediante contrato laboral; desempeñando los siguientes cargos: **AUXILIAR INTEGRAL** del 16 noviembre de 2004 hasta el 30 de julio de 2007; con las siguientes funciones * Facturar servicios de Salud; * Solicitar Autorizaciones. **ASISTENTE DE MERCADEO** a partir del 01 agosto de 2007 hasta el 30 mayo de 2008; con las siguientes funciones * Preparación de Licitaciones. * Organización de Eventos, * Plan de Marketing. **JEFE DE AREA FACTURACION** a partir del 01 junio de 2008 hasta el 30 marzo de 2017 con las siguientes funciones * Revisión y Notificacion de contratos. * Conciliación Administrativa. * Atención y solución a usuarios con dificultades administrativas para la atención, * Seguimiento al proceso de facturacion, autorizaciones, cierre de cuentas, respuesta a glosas y devoluciones. * Administración del talento humano (Facturacion, admisiones y autorizaciones); vacaciones, incapacidades, acompañamiento en el proceso de atención. * Anulación de ingresos. * Revisión saldos de cartera. * Elaboración de informe diario al proceso de Facturacion. * Elaboración de informe final del cierre de Facturacion mensual. * y las demás funciones que proceso requiera. **PROFESIONAL UNIVERSITARIO** a partir del 01 abril 2017 hasta el 22 abril de 2019 con las siguientes funciones * Líder de gestion de glosas y proceso soat. * Auditoria de Cuentas. * Respuesta de glosas. * Conciliación de glosas. * Cruce de cartera. * Agendas de area.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, se firma en Popayán el viernes, 24 de enero de 2020.

la estancia

Este certificado está sometido a verificación, llamar al 8331000 Ext. 1710 .

Cordialmente,

SONIA MILENA MESIAS MONTENEGRO

Elaboro: Mcla/Asistente Gh
Reviso: Milena Mesias/Coord. GH

esacauca
Nit.817.000.206-4
Sede Principal: Calle 3 Cra. 4 Esquina - Edificio Telecom Popayán
P.B.X. 838 1313 Cel: 3176463516
Laboratorios: Cra. 4 No. 3 - 20 Sector Histórico Popayán (Cauca)
P.B.X. 8381652

LA SUSCRITA DIRECTORA GENERAL DE LA ESCUELA DE SALUD DEL CAUCA

HACE CONSTAR

Que **SANDRA MILENA TEJADA LOPEZ,** identificada con No de cedula 52.431.190 de Bogotá, se desempeña como DOCENTE de la institución, desde el día Doce (12) Junio de 2017, hasta la fecha desarrollando los elementos de Facturación I, facturación II y Afiliaciones I, Afiliaciones II en el programa de Auxiliar Administrativo En Salud; cumpliendo con las siguientes responsabilidades:

:

- ✓ Seleccionar estrategias de enseñanza – aprendizaje – evaluación según el programa de Formación y el enfoque metodológico adoptado en la Institución.
- ✓ Seleccionar ambientes de aprendizaje con base en los resultados propuestos y en las características y requerimientos de los estudiantes y de conformidad con las normas de competencias laborales identificadas en el programa de formación.
- ✓ Orientar los procesos de aprendizaje según las necesidades detectadas en los procesos de evaluación, metodologías de aprendizaje y programas curriculares vigentes.
- ✓ Programar las actividades de enseñanza – aprendizaje – evaluación de conformidad con los elementos de formación y el calendario institucional y los documentos vigentes en la prestación del servicio.
- ✓ Reportar información académica y administrativa según las responsabilidades institucionales asignadas.
- ✓ Evaluar la formación de los estudiantes durante el proceso educativo de acuerdo con el sistema de evaluación vigente en el Manual de Convivencia. La articulación entre la teoría y la práctica es seleccionada en función de la pertinencia del aprendizaje.
- ✓ Interactuar con el estudiante entre las actividades del conocimiento y la competencia del estudiante.
- ✓ Relacionar de forma clara el saber- hacer y saber brindando aportes claros al estudiante con coherencia y con una visión problémica del mismo.
- ✓ Elaborar o revisar las guías de aprendizaje requeridas para dirigir su elemento de formación, según se requiera.
- ✓ Brindar reportes de desempeño académico de sus estudiantes cuando se le solicite.
- ✓ Participar en la revisión del programa y actividades de planificación curricular, cuando se le solicite.
- ✓ Cumplir con todos los requerimientos del jefe inmediato que le sean delegables por la naturaleza de su cargo.
- ✓ Mantener la documentación de sus actividades actualizadas, disponibles y en buen estado; aplicando los controles documentales de la institución.
- ✓ Acatar el reglamento docente, PEI, manual de convivencia y demás normatividad institucional.
- ✓ Cumplir con todas las obligaciones descritas en su contrato.
- ✓ Brindar un trato digno, respetuoso y colaborador con el estudiante, manteniendo su perfil de guía y modelo de formación.
- ✓ Respetar los periodos dispuestos por el área académica para el desarrollo de las actividades de formación.

Para constancia se firma en Popayán, a los veintiún (21) días del mes de Junio de 2019.

ESE CAUCA

AMPARO VELASCO ROSERO
Directora General

1163

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14704483908

(415)7707212489984(8020) 000001470448390 8

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

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	52431190	1 9 9 5 0 3 2 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
TEJADA	LOPEZ	SANDRA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal: CL 69 N 6 30 BRR LA PAZ

42. Correo electrónico: milenalop1002@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 08 - 19 / 13 : 06: 54

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre TEJADA LOPEZ SANDRA MILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 19-08-2020 01:08:00PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

133826789

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación | B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual | Cotizante o Cabeza de Familia X | Beneficiario o Afiliado adicional | B. Colectiva | C. Institucional | D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo X | B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente | B. Independiente X | C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tejada	Lopez	Sandra	Milena

7. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC X | PA | SC
8. Número del documento de identidad: 52.431.190
9. Sexo: Femenino X | Masculino
10. Fecha de nacimiento: 10/02/1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva		877803

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Calle 69M # 6-30	

Teléfono Celular	Correo Electrónico		
3148335955	milenalop1002@gmail.com		
Municipio / Distrito	**Zona**	**Localidad / Comuna**	**Departamento**
Pasto	Urbana X / Rural	La Paz	Cauca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC | PA | SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino | Masculino
23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M)	Condición (T P)	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona (Urbana Rural)	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Sanidad Pasto Cap Pop 10321	
B		
B		
B		

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

Escaneado con CamScanner

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social

36. Tipo documento de Identificación: NIT / TI / CE / CC / PA / CD

37. Número del documento de Identificación

39. Tipo de aportante a pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación — Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de Identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN / RC / TI / CC / CE / PA / CD / SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino / Masculino

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 20 08 2020

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado — Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: SANDRA TEJADA

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad — TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial — Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBÉN — Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación: D D M M A A A A

69. Fecha de Validación: D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR L.
20 AGO 2020
Recibido Por:

Observaciones: 1414892

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información consignada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: 3432300

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

Escaneado con CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SANDRA MILENA TEJADA LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52431190,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de agosto de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONSEJO PROFESIONAL
de Administración de Empresas
Integridad, Servicio y Excelencia

La suscrita Directora Ejecutiva del
CONSEJO PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

CERTIFICA:

Que la señora SANDRA MILENA TEJADA LOPEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52431190, expedida en BOGOTÁ D.C., presentó ante este Consejo solicitud de expedición de Tarjeta y Matrícula Profesionales como ADMINISTRADORA DE EMPRESAS en los términos, condiciones y documentación exigidos por la Ley 60 de 1.981, el Decreto 2718 de 1.984 y la Ley 20 de 1988, mediante los cuales se reconoce y reglamenta esta profesión y que le habilitarán para ejercerla legalmente en todo el territorio nacional.

Que la documentación recibida se encuentra registrada con el número de radicación UzaTJYn0oh, se remitirá para verificación de los requisitos establecidos y está en el trámite de rigor previo a la expedición de los documentos solicitados.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada en Bogotá, D.C., a los diecinueve (19) días del mes de Agosto del año 2020.

El otorgamiento de la Tarjeta y Matrícula Profesionales está sujeto a la culminación del trámite señalado para tal fin.

La presente certificación tiene una vigencia de treinta (30) días calendario.

OLGA PARRA VILLAMIL
DIRECTORA EJECUTIVA

Certificación No. 54250, 19 de Agosto de 2020

El presente certificado se emitió en formato electrónico y ha sido firmado digitalmente para garantizar su plena validez jurídica y probatoria. su impresión será tenida en cuenta como copia del original emitido en medio electrónicos.

Para validar la autenticidad del certificado ingrese a la página https://tramites.cpae.gov.co opción Confirmación Certificaciones y para su correspondiente validación ingrese el siguiente código de verificación:**54250-52431190-147961**

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 148863637

WEB
07:56:09

Bogotá DC, 20 de agosto del 2020

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) SANDRA MILENA TEJADA LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52431190:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

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 miércoles 19 de agosto de 2020, a las 16:54:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52431190
Código de Verificación	524311902008191654l5

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 17:00:07 horas del 19/08/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52431190**
Apellidos y Nombres: **TEJADA LOPEZ SANDRA MILENA**

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.

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, 19/08/2020 04:32:09 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. 52431190 y Nombres: SANDRA MILENA TEJADA LOPEZ.

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. 15179307 . 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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0
Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
Cel: 3174366516 - 3174378962 - Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 18,143

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	08 MES	2020 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRES0

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES POPAYAN	PARTICULARES

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TEJADA LOPEZ SANDRA MILENA	FEMENINO	43 AÑOS 6 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	52431190 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR SENA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO(A). PUEDE LABORAR SIN PROBLEMA ALGUNO.*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROLES DE RUTINA ANUAL.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO : BAJAR 4 KILOS
	OTROS : DEBE VACUNARSE CONTRA EL TÈTANO Y CONTRA LA FIEBRE AMARILLA. SEGUIR Y ATENDER LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD TANTO POR EL EMPLEADOR COMO POR EL TRABAJADOR PARA LA PREVENCIÒN DEL COVID 19: ENTRE OTRAS DISTANCIAMIENTO SOCIAL DEJANDO 2 METROS ENTRE PERSONAS, LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y USO DE TAPABOCAS Y DEMÁS NORMAS QUE CONTEMPLE LA LEY.	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NOTAS
1.NIEGA SÌNTOMAS AGUDOS RELACIONADOS CON COVID 19: FIEBRE , TOS , DISNEA, DIARREA, PERDIDA DEL APETITO U OLFATO, MALESTAR GENERAL, ARDOR OCULAR , ETC

2. LA PRESENTE VALORACIÒN MÈDICA SE HACE SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD NORMATIZADO, CON USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÒN PERSONAL, PREVIA DESINFECCIÒN DE ÀREAS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y ver idicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Dr. José Oswaldo Imbachi F. MEDICO OCUPACIONAL Mg. SALUD OCUPACIONAL R.M. 8671 90 L.S.O 048-010		
Firma:		Firma:
Nombre: IMBACHI FERNANDEZ JOSE OSWALDO	Código de Seguridad J670P1V18143	Nombre: TEJADA LOPEZ SANDRA MILENA
R. M.: 8671/90 L.S.O.: 048/10		CC: 52431190

Certificado Bancario

Viernes, 17 de Julio de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SANDRA MILENA TEJADA LOPEZ identificado(a) con CC 52431190, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	86800042021	2019/03/21	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Establecimiento Bancario BANCOLOMBIA S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

-Agencia Pública-
DE EMPLEO

Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 27 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano.

Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora SANDRA MILENA TEJADA LOPEZ identificada con Cédula de Ciudadanía 52431190, se inscribió en nuestro servicio el día 19/12/2007.

El presente certificado se genera el día 20/08/2020, por solicitud del interesado.

Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.

SENA

Servicio de Empleo

MINTRABAJO