REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.330.243

ORTIZ GALINDO
APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES

Claudia Patricia Ortiz G
FIRMA





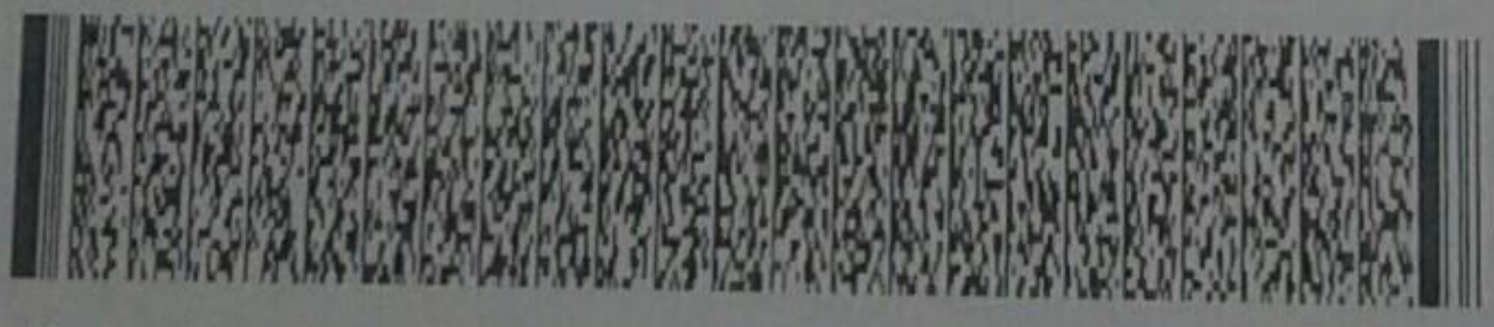
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-MAR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1500107-42136208-F-1012330243-20050504 02385 05124B 02 178994034

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4722060225 , con fecha de apertura 7 de Noviembre de 2025 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.012.330.243

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 7 días del mes de Noviembre de 2025 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

La República de Colombia,

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

Institución Educativa Distrital

Grancolombiano

Autorizado por la Secretaria de Educación de Bogotá D. C.,

Según resolución 2198 de 30 de julio de 2002

Confiere a:

Claudia Patricia Ortiz Galindo

T.I. 870207-51418 de Santafé De Bogotá

El Titulo de

Bachiller Academico

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

Inés Fonseca Zamora

Ma. Edelmira Ovalle

La República de Colombia

La Secretaría de Educación Distrital

y en su nombre el

Instituto Nacional de Investigación Criminalística y Ciencias Forenses

Jornada Diurna

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C., según Resolución No. 277 del 27 de Enero de 2003

Confiere a:

Claudia Patricia Ortiz Galindo

Identificado(a) con C. C. No.1,012,330,243 de Bogotá D. C.

El Presente Certificado de Actitud Ocupacional como

Técnico Laboral en

Investigación Criminalística y Ciencias Forenses

Intensidad Horaria 1.280 horas

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al programa de Investigación Criminalística y Ciencias Forenses, según los planes vigentes que lo habilita plenamente para desempeñarse en esta área.

Dr. Aldemar Barbosa Solaxar
C.C. 79.444.951 de Bogotá, D.C.
Director

Dr. Herber Camilo Bermúdez Aguirre
C.C. 79,792,713 de Bogotá
Coordinador Académico

Acta Individual de Grado

Instituto Nacional de Investigación Criminalística y Ciencias Forenses

Jornada Diurna

Av 1° de Mayo N° 71 D 39
PBX: 453 47 27 • Fax: 453 47 28
Resolución S.E. No. 277 de 27 de Enero de 2003

En la Ciudad de Bogotá D.C. el 1 día del mes de Diciembre de 2007 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del programa Técnico Laboral en Investigación Criminalística y Ciencias Forenses, los suscritos Director y Coordinador Académico en la Dirección del **INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN CRIMINALÍSTICA Y CIENCIAS FORENSES,** institución aprobada hasta nueva visita y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el certificado de Técnico Laboral en Investigación Criminalística y Ciencias Forenses; según Resolución No. 277 del 27 de Enero de 2003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al programa Técnico Laboral en Investigación Criminalística y Ciencias Forenses, se procedió a otorgar el **CERTIFICADO DE ACTITUD OCUPACIONAL COMO TECNICO LABORAL EN INVESTIGACIÓN CRIMINALÍSTICA Y CIENCIAS FORENSES**; al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación.

Claudia Patricia Ortiz Galindo

Identificado(a) con C.C. 1,012,330,243 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No 4 del 1 de Diciembre de 2007, que consta de 65 alumnos, que comienza con el nombre de **Alarcón García Jenny Marcela** y cierra con el nombre de **Vivas Hernández Carlos Julio.**

Firmada y Sellada por **Dr. Aldemar Barbosa Salazar (Director)** y **Dr. Herber Camilo Bermúdez Aguirre (Coordinador académico).**

Dada en Bogotá D.C., el 1 día del mes de Diciembre de 2007.

Dr. Aldemar Barbosa Salazar
C.C. 79.444.951 de Bogotá, D.C.
Director

Dr. Herber Camilo Bermúdez Aguirre
C.C. 79.792.713 de Bogotá
Coordinador Académico

El Instituto Nacional de Investigación Criminalística

y Ciencias Forenses

Confiere el Presente Certificado de Asistencia al

Diplomado

Capacitación 80 Horas

En Sistema Acusatorio

A:

Ortiz Galindo Claudia Patricia.

C.C. 1.012.330.243 de Bogotá

- Principios Constitucionales
- Estructura del Proceso Oral
- Teoría del Delito
- Oralidad de los Procedimientos
- Indagación e Investigación
- Cadena de Custodia
- Evidencia y Pruebas
- Formulación de la Imputación
- Régimen de la Libertad
- Principio de Oportunidad
- Descubrimiento de la Prueba
- Teoría del Caso
- Juicio Oral
- Interrogatorio y Contra Interrogatorio
- Alegatos de Conclusión
- Alegatos de Apertura

Aldemar Barbosa S.
Director

Heber Camilo Bermúdez A.
Coordinador

En Bogota, D.C. de Septiembre 8 a Noviembre 24 de 2007

El Instituto Nacional de Investigación Criminalística

y Ciencias Forenses

Aprobación Oficial Resolución 277 del 27 de Enero de 2003

Confiere el Presente Certificado de Asistencia al

Diplomado

Capacitación 120 Horas

En Manejo de Escena

A:

Ortiz Galindo Claudia Patricia

C.C. 1.012.330.243 Bogotá

Aldemar Barbosa Salazar
Director General

Camilo Bermúdez Aguirre
Coordinador Académico

El Instituto Nacional de Investigación Criminalística

y Ciencias Forenses

Aprobación Oficial Resolución 277 del 27 de Enero de 2003

Confiere el Presente Certificado de Asistencia al

Diplomado

Capacitación 120 Horas

En Dactiloscopia

A:

Ortiz Galindo Claudia Patricia

C. C. 1.012.330.243 Bogotá

Aldemar Barbosa Salazar
Director General

Edgar Bolero Guapacha
Dactiloscopista A.C.D.

En Bogotá D. C. Febrero 18 a Junio 6 de 2008.

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO; con documento de identidad No, 1012330243 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Total Contrato	Valor Honorarios Mensuales	Unidad
1	2018	6138	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I	20/11/2018	31/01/2019	$0	$1250000	sin dato
2	2019	3696-2019	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS)	1/2/2019	31/12/2019	$	$1324025	SUBRED
3	2020	3001-2020	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS)	01/02/2020	31/01/2021	$	$1374338	SUBRED
4	2021	259-2021	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS)	44228	44592	$	$1422440	SUBRED
5	2021	259-2021	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS)	01/02/2021	31/01/2022	$	$1422440	SUBRED
6	2021	259-2021	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS)	44228	44592	$	$1422440	SUBRED
7	2021	259-2021	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS)	01/02/2021	31/01/2022	$	$1422440	SUBRED
8	2021	259-2021	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS)	01/02/2021	31/01/2022	$	$1422440	SUBRED
9	2021	259-2021	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS)	01/02/2021	31/01/2022	$4123014	$1422440	SUBRED
10	2022	3462-2022	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS)	01/02/2022	30/06/2022	$10255791	$1465113	SUBRED

Copia certificada
Subred Surocciente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Total Contrato	Valor Honorarios Mensuales	Unidad
11	2022	7639-2022	AUXILIAR ADMINISTRATIVO II (ATUS)	01/07/2022	31/01/2023	$11708697	$1672671	SUBRED
12	2023	514-2023	AUXILIAR ADMINISTRATIVO II (ATUS)	01/02/2023	18/03/2023	$7460112	$1865028	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

AUXILIAR ADMINISTRATIVO II (ATUS)

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los cuatro(4) días del mes de Noviembre de 2025, la cual no tiene fecha de expiración

Hu2gh56i@#$8zX
Atentamente,

Copia Certificada Subred Suroccidente

Gustavo Andrés Lobo Garrido
DIRECTOR CONTRATACIÓN SUBGERENCIA CORPORATIVA

Generado por: Claudia Patricia Ortiz Galindo

CONSULTA DE COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN
BANCO DE HOJAS DE VIDA BOGOTÁ D.C.

NÚMERO INSCRIPCIÓN: 700364

Descargar registro aquí

1. Datos personales

Primer nombre CLAUDIA	**Otros nombres** PATRICIA	**Primer apellido** ORTIZ
Segundo apellido GALINDO	**Fecha de Nacimiento** 07/02/1987	**Teléfono de contacto** 3134930781
Correo electrónico personal clau-pato2011@hotmail.com	**Dirección de residencia** Calle 65 G Sur # 79 B - 21	

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Título académico	Graduado	Semestres cursados
Formación técnica profesional	TÉCNICA PROFESIONAL EN CRIMINALÍSTICA	Si	

Otros estudios

Nombre curso	Graduado	Horas
DACTILOSCOPIA	Si	120
MANEJO DE ESCENA	Si	120
SISTEMA ACUSATORIO	Si	80

Estimado (a) Ciudadano (a) este comprobante únicamente certifica el registro de su perfil laboral o profesional en el Banco de Hojas de Vida de Bogotá, D.C; como usuario (a) lo hace responsable de la veracidad, actualización, consolidación, complementación y afirmaciones propias que reposan en su hoja de vida y por las consecuencias de incluir o colocar dicha información en el aplicativo. Este comprobante de registro no es garantía expresa ni implícita de otorgar un contrato con organismos o entidades distritales a quien haga uso de este repositorio.

Volver

Regresar

A-

A+

Copyright 2019
Departamento Administrativo del
Servicio Civil Distrital.
Todos los derechos reservados.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

A-
A+

Bogotá D.C., 5 de noviembre de 2025

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad,

ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como **(facturador),** bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Informo que me encuentro registrado en las siguientes plataformas: TALENTO NO PALANCA[1], SIDEAP[2], SECOP II[3] y ReTHUS[4] (En el evento de ser requerido para personas que presten servicios de salud).

Atentamente,



DIRECCIÓN: Calle 65 G Sur # 79 B - 21
TELEFONO: 3134930781
CORREO ELECTRÓNICO: clau-pato2011@hotmail.com

[1] Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.
[2] https://sideap.serviciocivil.gov.co
[3] Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocen la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.
[4] Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-28 V4

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD

TIPO DE DOCUMENTO CC X CE ___ PPT___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1012330243 **FECHA DE NACIMIENTO:** 07/02/1987

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Claudia Patricia Ortiz Galindo

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 65 G sur # 79 B-21

LOCALIDAD: Bosa

TELÉFONO FIJO: — **Nº CELULAR:** 3134930781

CORREO ELECTRÓNICO: clau-pato2011@hotmail.com

EPS: Compensar **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **ARL** Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI____NO X

ESTADO CIVIL: CASADO____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO ____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE — NA. ____

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE — NA. ____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ____NO X ¿CUÁL? ____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ___

OTRO ¿CUÁL? ____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ____NO X

¿CUÁL ENTIDAD? ____

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO X

SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? ____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? ____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Amparo Galindo

NUMERO DE CONTACTO: 3142519336

Claudia P. Ortiz

Claudia Patricia Ortiz Galindo

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ORTIZ	GALINDO	CLAUDIA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1012330243	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 7 MES FEB AÑO 1987

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 65 G SUR 79 B 21 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4072769

EMAIL clau-pato2011@hotmail.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 2004

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Dactiloscopia	Instituto Nacional de Criminalistica y Ciencias Fo	2008	120
Manejo de Escena	Instituto Nacional de Criminalistica y Ciencias Fo	2008	120
Sistema Penal Acusatorio	Instituto Nacional de Criminalistica y Ciencias F	2007	80

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

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

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 Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente E.S.E	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* clau-pato2011@hotmail.com
TELÉFONOS 5552444	*FECHA DE INGRESO* DIA 20 MES 11 AÑO 2018		*FECHA DE RETIRO* DIA 18 MES 3 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Auxiliar Atención al Usuario	*DEPENDENCIA* contratista		*DIRECCIÓN* calle 65D numero 79C-90

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	0	0
Pública	4	3
Total	4	3

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

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
08/11/2025

Firma electrónica:
null Claudia P. Ortiz
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

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 08-nov-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1012330243 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CL 65 G SUR 79 B 21 SUR **Teléfonos** 3134930781 4072769

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Isaias Ortiz Galindo	19298176	Padre
Amparo Galindo Lozano	52580099	Madre
Cristian Andres Ortegate Ortiz	1012374004	Hijo(a)

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

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 1.500.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 800.000,00
HONORARIOS	$ 18.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 20.300.000,00

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
Banco Scotiabank Colpatria	Cuenta de ahorros	4722060225	Gran Plaza Bosa	$ 20.000,00

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

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:
CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO 08/11/2025 16:45:50

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 08-nov-2025

CIUDAD Y FECHA

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO
Identificación:	1012330243
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	clau-pato2011@hotmail.com
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	08/11/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	1. Interés directo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto
NORMATIVIDAD	• C.P.C, art. 126. • Ley 1437 de 2011, art.11. • Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1. • Ley 1564 de 2012, art 141, num.1.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	2. Conocimiento previo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya conocido del asunto en oportunidad anterior
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	3. Concepto o consejo fuera de la actuación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya dado consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de la misma, o haya intervenido en esta como apoderado(a), agente del Ministerio Público, perito(a) o testigo(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	4. Que se haya proferido la decisión sujeta a revisión
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) haya proferido la decisión que está sujeta a su revisión
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA II.	5. Relación con las partes
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga relación con las partes interesadas en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA III.	6. Heredero o legatario
DESCRIPCIÓN	Que él(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea heredero(a) o legatario(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7. Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 13.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA IV.	7. Amistad o enemistad
DESCRIPCIÓN	Que exista enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5. • Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA V.	8. Curador o tutor del interesado
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea curador(a) o tutor(a) de la persona interesada en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VI.	9. Organización, sociedad o asociación a la cual perteneció o continúa siendo miembro
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea socio(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a) en sociedad de personas
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VII.	10. Litigio o controversia
DESCRIPCIÓN	Que exista litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VII.	11. Decisión administrativa pendiente
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado tenga decisión administrativa pendiente en que se controvierta la misma cuestión jurídica que debe resolver
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	12. Denuncia penal
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) haya formulado queja disciplinaria contra el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación disciplinaria
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	13. Denuncia Penal
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya formulado denuncia penal contra una de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a), antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación penal, o estar aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA IX.	14. Acreedor/ deudor
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea acreedor(a) o deudor(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a), salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA X.	15. Antiguo empleador
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, dentro del año anterior, haya tenido interés directo o haya actuado como representante, asesor(a), presidente(a), gerente(a), director(a), miembro(a) de Junta Directiva o socio(a) de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado(a) en el asunto objeto de definición
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XI.	16. Lista de candidatos
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular inscritas o integradas también por el interesado(a) en el período electoral coincidente con la actuación administrativa o en alguno de los dos períodos anteriores
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XII.	17. Recomendación
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya sido recomendado(a) por el interesado(a) en la actuación para llegar al cargo que ocupa o haya sido señalado por este como referencia con el mismo fin
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIII.	18. Relación contractual o de negocios
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados(as) en la actuación administrativa sea representante, apoderado(a), dependiente, mandatario(a) o administrador(a) de los negocios del servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIV.	19. Participación directa
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado hubiere participado en la expedición del acto enjuiciado, en la formación o celebración del contrato o en la ejecución del hecho u operación administrativa materia de la controversia
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XV.	20. Participación en proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo recurso de anulación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) juez(a) hubiere intervenido en condición de árbitro(a), de parte, de tercero interesado(a), de apoderado(a), de testigo(a), de perito(a) o de agente del Ministerio Público en el proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo el correspondiente recurso de anulación ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVI.	21. Parientes en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso
DESCRIPCIÓN	Que el cónyuge, compañero(a) permanente, o alguno de los parientes del juez(a) dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad tengan la condición de servidores(as) públicos(as) o contratistas en los niveles directivos, asesor(a) o ejecutivo(a) en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso en calidad de parte o de tercero interesado
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVII.	22. Dádivas
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado reciba o haya recibido dádivas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios incluyendo dinero
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVIII	23. Responsables de la Evaluación de Desempeño
DESCRIPCIÓN	Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad
NORMATIVIDAD	• Decreto Ley 760 de 2005, art. 38.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Advertencia:

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiendo que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:
CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO 08/11/2025 16:47:59

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

NOMBRE: CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO

CC: 1012330243

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: febb8e9305af806ad2d5af7972194d05a2431cd99d639be549b793a98fa570b1

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3

CONSIDERACIONES

Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016 y 5.1.4.de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, como Entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos, Financiacion del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

1. Que los datos personales solicitados en el presente Formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del articulo 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 tambien serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur ESE, con Nit 900958564-8, ubicada en la Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000 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 comprenda las actividades de prestacion 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 la 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 Público, 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 determinacion de tarifas y analisis y selección de riesgos.
c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre.
d) El control y la prevención del riesgo.
e) La liquidacion 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 acceder 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) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion 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 satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
k) Envio 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 Compilance 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a continuación:

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 celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 adelante gestión para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros.
e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevensión y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios técnicos y estadisticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 haran 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 INFORMACIÓN: 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 INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 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 ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN,CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y 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.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredsur.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

◉ Acepto ○ No acepto

1. SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA	6/11/2025	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ_D.C.	CIUDAD	BOGOTÁ_D.C.
TIPO DE VINCULACION CON LA ENTIDAD	CONTRATISTA OPS	CUAL?	FACTURACION	N/A	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	ORTIZ	PRIMER NOMBRE	GALINDO		
SEGUNDO APELLIDO:	CLAUDIA	SEGUNDO NOMBRE	PATRICIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	1012330243		
LUGAR DE EXPEDICION	BOGOTA	FECHA DE EXPEDICION	1/03/2005		
FECHA DE NACIMIENTO	7/02/1987	PAIS DE NACIMIENTO	COLOMBIA		
NACIONALIDAD 1	COLOMBIANA	NACIONALIDAD 2	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI
DIRECCION RESIDENCIA	CALLE 65 G SUR # 79 B - 21		PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA	
TIPO DE VIVIENDA	ARRENDADA	TELEFONO CELULAR 1	3134930781	TELÉFONO FIJO	N/A
CORREO ELECTRÓNICO	clau-pato7011@hotmail.com			ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)
NIVEL DE ESTUDIOS	TECNICO	OTRO - CUAL?	N/A	PROFESIÓN / OFICIO	FACTURADOR

2. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO			
PRIMER APELLIDO	N/A	PRIMER NOMBRE	N/A
SEGUNDO APELLIDO:	N/A	SEGUNDO NOMBRE	N/A
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	N/A
LUGAR DE EXPEDICION	N/A	PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3

3. PERSONA JURÍDICA									
RAZÒN SOCIAL				NIT		CORREO ELECTRÓNICO			
N/A				N/A		N/A			
TIPO DE SOCIEDAD:	N/A								
TIPO DE EMPRESA:	PRIVADA	N/A	PUBLICA	N/A	MIXTA	N/A	SIN ANIMO DE LUCRO	N/A	
ACTIVIDAD ECONOMICA	N/A		SI SELECCIONO OTRO - INDICAR CUAL		N/A				
CODIGO CIIU (PRINCIPAL)	8211		Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina						
CODIGO CIIU (SECUNDARIO)	N/A		SELECCIONAR CODIGO						
DECLARA RENTA	NO APLICA	ES RESPONSABLE DE IVA		NO APLICA	ESTA OBLIGADO A FACTURAR			NO	
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÒNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	N/A				NIT	N/A			
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	N/A	SI SELECCIÓN OTRO - INDIQUE CUAL	N/A		TELÉFONO	N/A			
DIRECCIÓN	N/A			PAIS	N/A				
DEPARTAMENTO - ESTADO	N/A		CIUDAD O MUNICIPIO	N/A					
CARGO O PERFIL ACTUAL	N/A								

4. REPRESENTANTE LEGAL													
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO								N° IDENTIFICACIÓN	
N/A	N/A	N/A	N/A	CC	N/A	CE	N/A	PEP	N/A	PN	N/A	N/A	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN			TELÉFONO								CIUDAD	
N/A	N/A			N/A								N/A	

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN					
¿Administra recursos públicos?	NO APLICA	¿Ejerce algún grado de poder público?	NO APLICA	¿Tiene reconocimiento público?	NO
¿Es usted un servidor público?	NO APLICA	¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?	NO APLICA	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	NO APLICA
¿Tienen vinculo con una persona expuesta publicamente (PEP)? Reportar vinculos con: Primer y segundo grado de consaguinidad: padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, yernos o nueras y/o primer grado civil: hijos adoptivos o padres adoptantes. **En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:**					NO APLICA

Vinculo o relación	Tipo de documento	Numero de documento	Nombre Completo
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA								
FECHA DE CORTE	31/12/2024	TOTAL ACTIVOS	$ -	TOTAL PASIVOS	$ 4.000.000,00	TOTAL PATRIMONIO	$ -	
INGRESOS MENSUALES	$ 1.500.000,00	OTROS INGRESOS MENSUALES	N/A	TOTAL INGRESOS MENSUALES	$ 1.500.000,00	TOTAL EGRESOS MENSUALES	$ 1.400.000,00	
CONCEPTO OTROS INGRESOS	N/A							
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		NO	CUAL	N/A				
POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR		NO	En caso afirmativo diligenciar los siguientes datos					

PRODUCTO	NUMERO PRODUCTO	ENTIDAD	MONEDA	ENTIDAD	CIUDAD	PAIS
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS Y/O FONDOS

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y 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":

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).

ATENCION AL USUARIO - FACTURADOR

7. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Claudia P. Orta G. 1012330243

Firma



Huella Indice Derecho

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141219282301

(415)7707212489984(8020) 000014121928230 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 2 3 3 0 2 4 3	

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
ORTIZ	GALINDO	CLAUDIA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 72 80 Q 16 BRR BOSA LAURELES SUR

42. Correo electrónico clau-pato2011@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 4 9 3 0 7 8 1	

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 2 1 1	2 0 1 8 1 0 1 2							

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

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

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 ORTIZ GALINDO CLAUDIA PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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:05/11/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 1012330243	CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 72 80Q 16 BRR BOSA LAURELES SUR Teléfonos: 3134930781

Dirección electrónica: clau-pato2011@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 31/10/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 12/10/2018

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 12/10/2018 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8211 - Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

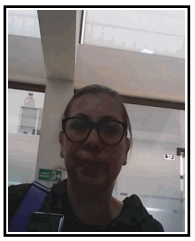
Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

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

Fuente: RIT-SHD

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 366.932

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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			Género	Edad	Documento de Identificación	
ORTIZ	GALINDO CLAUDIA	PATRICIA	FEMENINO	38 AÑOS 8 MESES 30 DÍAS	CC (Tipo)	1012330243 (Número)

Cargo: **FACTURACION**

EPS	AFP	ARL
COMPENSAR	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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:

.VISIOMETRIA.	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	✓
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

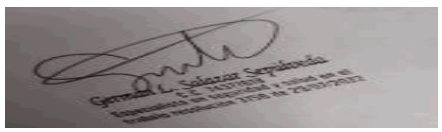
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE	CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ A PELIGROS	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR CONTAGIO CON COVID19 Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN.
SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.
INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS COMO MEDIDA PREVENTIVA OSTEOMUSCULAR.

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 mí en este examen son completas y verídicas. 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído 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



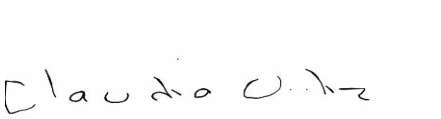
Firma:

Nombre: CC: 74377618 - GERMAN LEONARDO SALAZAR

R. M.: 74377618 **L.S.O.:** 3756 DE 29-07-2022

Código de Seguridad W652C1I366932

Aspirante o Trabajador



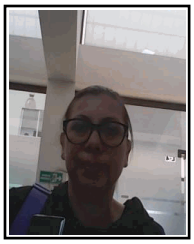
Firma:

Nombre: ORTIZ GALINDO CLAUDIA PATRICI

CC: 1012330243

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



EXAMEN DE .VISIOMETRIA.

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 186,390

Fecha: 07/11/2025 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 1012330243 **Nombre:** ORTIZ GALINDO CLAUDIA **Edad:** 38 AÑOS 8
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** FACTURACION **Empresa:** PARTICULARES
Eps: COMPENSAR **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO **F. Último Examen:** 3 AÑOS
Lugar del Último Examen: - **Motivo Consulta:** -

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
CIRUGIAS OCULARES	NO
USO CORRECCION OPTICA	RX PERMANENTE

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 50	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	0.5
O.I:	NO APLICA	20/50	0.5	N/A	NO APLICA	20/20	0.5
A.O:	NO APLICA	20/50	0.5	N/A	NO APLICA	20/20	0.5

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NO REVISADO**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	Enfermedad general	RELACIONADO 1

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

CONTROL 1 AÑO. ACTUALIZAR GAFAS

OPTOMETRA

Dra. Daniela Pulido C
Optometra
1013688058

Firma:
Nombre: CC: 1013688058 - PAULA DANIELA PULIDO
R. M.: 1013688058 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
C652I3O186390

PACIENTE

Claudia O. Ortiz

Firma:
Nombre: ORTIZ GALINDO CLAUDIA PATRI
CC: 1012330243

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012
Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

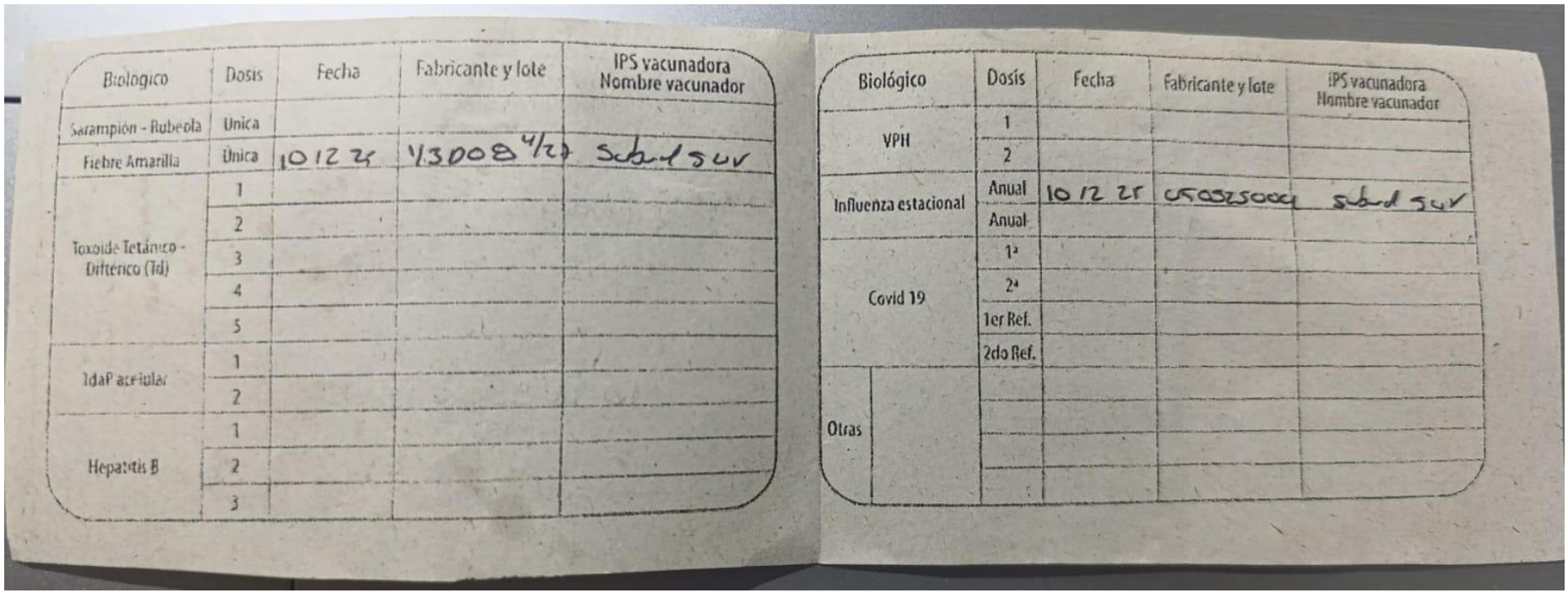
Nombres: Claudia

Apellidos: Ortiz

Documento de identidad: C.C. ✓ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 10 12 330 243

Fecha de nacimiento: Día 7 Mes 2 Año 1987



Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica	10 12 24	1300844/24	Subred Sur
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	10 12 25	U5032500C	Subred Sur
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1012330243, se encuentra Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20251111	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Noviembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
30610599

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Medellín, 25 de noviembre de 2025

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

CERTIFICA:

Que CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012330243 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 26/11/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C530992782532971311

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 25/11/2025 7.48 PM

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.330.243**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Noviembre del 2025.

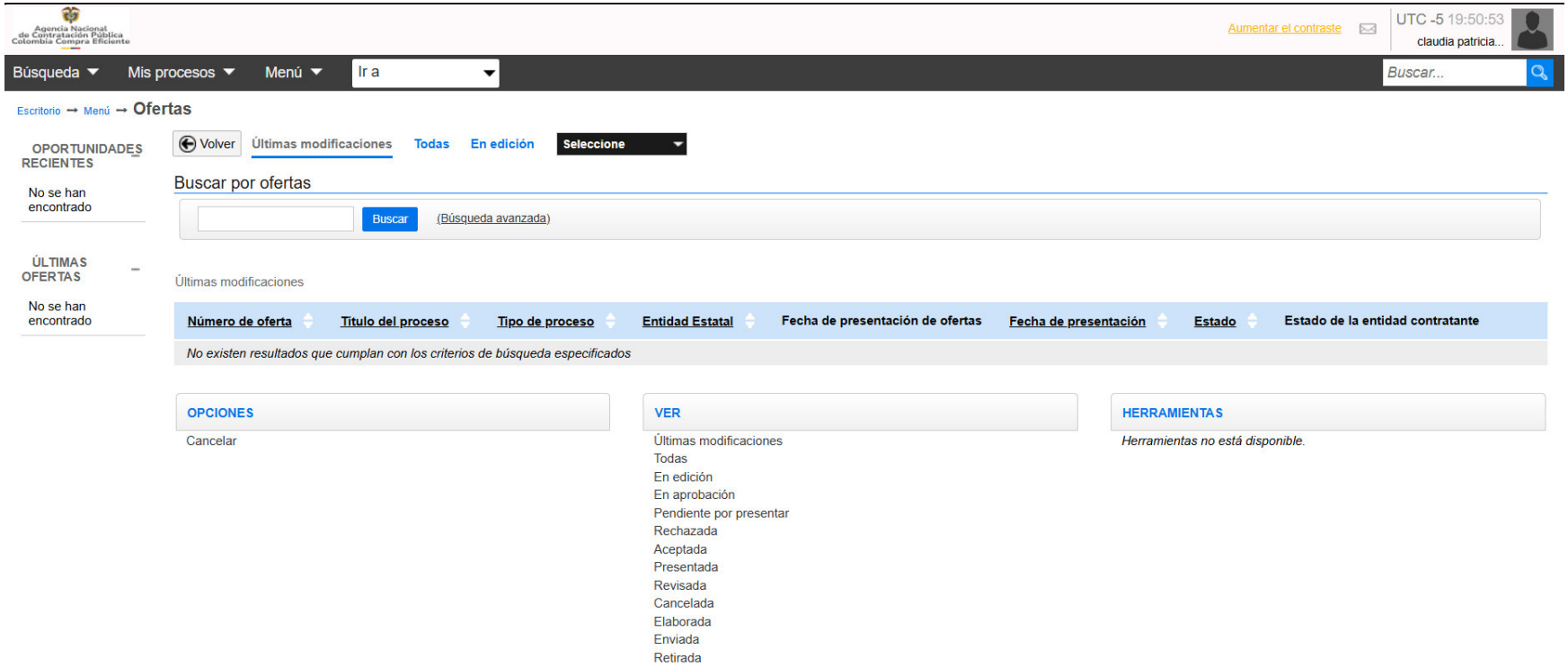
Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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


Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 19:50:53
claudia patricia...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Ofertas
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Volver
Últimas modificaciones
Todas
En edición
Seleccione
Buscar por ofertas
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Número de oferta
Titulo del proceso
Tipo de proceso
Entidad Estatal
Fecha de presentación de ofertas
Fecha de presentación
Estado
Estado de la entidad contratante
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
OPCIONES
Cancelar
VER
Últimas modificaciones
Todas
En edición
En aprobación
Pendiente por presentar
Rechazada
Aceptada
Presentada
Revisada
Cancelada
Elaborada
Enviada
Retirada
HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO

C.C 1.012.330.243

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 05 de noviembre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769368636000

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	DECLARACION JURAMENTADA PROCESO PRECONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-33 V3

Yo, Claudia Patricia Ortiz Galindo, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1012330243 expedida en la ciudad de Bogota, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que:

1. ACTUALMENTE SI ( ) NO (X) tengo suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales; por tanto se relaciona a continuación los contratos de prestación de servicios **VIGENTES Y EN EJECUCIÓN:**

NOMBRE DE LA ENTIDAD ESTATAL	No. de CONTRATO (VIGENTE Y EN EJECUCIÓN)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION

2. Así mismo declaro que los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales impartidos.
3. También tengo conocimiento pleno y me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

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. Este, se diligencia y firma bajo gravedad de juramento a los cinco (5) días del mes de noviembre del año 2025.

FIRMA Claudia P. Ortiz

NOMBRES COMPLETOS: Claudia Patricia Ortiz Galindo
C.C. No. 1012330243
TELEFONO 3134930781
DIRECCIÓN Calle 65 G Sur # 79 B - 21
CORREO clau-pato2011@hotmail.com



HUELLA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C 5 de noviembre de 2025

Señores:

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL GRANCOLOMBIANO

Por medio de la presente, yo Claudia Patricia Ortiz Galindo, identificado con número de documento 1012330243, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: BACHILLER ACADEMICO

Cordialmente,

Claudia P. Ortiz

Firma
Nombre: Claudia Patricia Ortiz Galindo
No. Documento: 1012330243
Teléfono: 3134930781

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C 5 de noviembre de 2025

Señores:

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACION CRIMINALISTICA Y CIENCIAS FORENSES

Por medio de la presente, yo Claudia Patricia Ortiz Galindo, identificado con número de documento 1012330243, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: TECNICO LABORAL EN CRIMINALISTICA Y CIENCIAS FORENSES

Cordialmente,

Claudia P. Ortiz

Firma
Nombre: Claudia Patricia Ortiz Galindo
No. Documento: 1012330243
Teléfono: 3134930781

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C 5 de noviembre de 2025

Señores:

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACION CRIMINALISTICA Y CIENCIAS FORENSES

Por medio de la presente, yo Claudia Patricia Ortiz Galindo, identificado con número de documento 1012330243, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: DIPLOMADO EN SISTEMA ACUSATORIO

Cordialmente,

Claudia P. Ortiz

Firma
Nombre: Claudia Patricia Ortiz Galindo
No. Documento: 1012330243
Teléfono: 3134930781

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C 5 de noviembre de 2025

Señores:

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACION CRIMINALISTICA Y CIENCIAS FORENSES

Por medio de la presente, yo Claudia Patricia Ortiz Galindo, identificado con número de documento 1012330243, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: DIPLOMADO EN MANEJO DE ESCENA

Cordialmente,

Claudia P. Ortiz

Firma
Nombre: Claudia Patricia Ortiz Galindo
No. Documento: 1012330243
Teléfono: 3134930781

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C 5 de noviembre de 2025

Señores:

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACION CRIMINALISTICA Y CIENCIAS FORENSES

Por medio de la presente, yo Claudia Patricia Ortiz Galindo, identificado con número de documento 1012330243, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: DIPLOMADO EN DACTILOSCOPIA

Cordialmente,

Claudia P. Ortiz

Firma
Nombre: Claudia Patricia Ortiz Galindo
No. Documento: 1012330243
Teléfono: 3134930781

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Bogotá D.C.,

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad

ASUNTO: COMPROMISO CARGUE DE DOCUMENTO (S) – PENDIENTES EN PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II, CONFORME A LA LISTA DE VERIFICACION DE REQUISITOS.

Cordial saludo,

Yo, Claudia Patricia Ortiz Galindo, identificado (a) con cédula de ciudadanía 1012330243 de Bogotá, me comprometo a hacer entrega del (los) documento(s) que relaciono a continuación:

1. Certificación Labora Subred Suroccidente
2. Certificación EPS (Compensar)
3. Certificación ARL (Sura)
4. Carné Vacunación (Vacuna Influenza)
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Los cuáles serán cargados en SECOP II, Ítem No 7 “Ejecución del contrato”

Lo anterior será cargado y notificado al supervisor a mas tardar dentro de los 45 días de la legalización contractual

Atentamente,



DIRECCIÓN: Calle 65 G Sur # 79 B - 21
TELEFONO: 3134930781
CORREO ELECTRÓNICO: clau-pato2011@hotmail.com

Nota de la Subred: LOS DOCUMENTOS PENDIENTES deberán ser renombrados como aparece en la lista de chequeo “CO-OPS-FT-07 VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATACIÓN PERSONA NATURAL- ÁREA ASISTENCIAL” ó “CO-OPS-FT-37 VERIFICACION REQUISITOS CONTRATACION PERSONA NATURAL-ADMINISTRATIVO Y OTRAS DEPENDENCIAS” según aplique (ejemplo: **3. certificación bancaria**) **y dar cumplimiento** dentro de los cuarenta y cinco (45) días de la legalización contractual entre las partes. Así mismo notificado al supervisor de contrato.

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 martes 04 de noviembre de 2025, a las 21:57:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1012330243
Código de Verificación	1012330243251104215731

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 283758317

PIB
21:55:32

Bogotá DC, 04 de noviembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012330243:

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 William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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.

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/11/2025 10:17:16 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1012330243** y Nombre: **CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO.**

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. **126020015** . 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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:11:15 PM horas del 04/11/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1012330243**

Apellidos y Nombres: **ORTIZ GALINDO CLAUDIA PATRICIA**

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.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1012330243** de BOGOTA D.C.

(MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES)

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.

VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica