| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |
|---|---|---|---|---|

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CATHERIN JAZMIN SANTACRUZ GIL | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1031128062 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | catysantacruz@gmail.com | | | | CELULAR: | 3133166724 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FONTIBON ZONA FRANCA FO09 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO09K31 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 8480355232 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5347-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 | DE | 2 | | |
| NÚMERO DE CDP | 823 | FECHA | 30/05/2020 | NÚMERO DE CRP | 28249 | FECHA | 25/06/2020 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 7 | 2020 | | 31 | 7 | 2020 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.197.015 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: 10 horas de inducción recuperados en el mes de junio.

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $2.636.418 |
| VALOR EJECUTADO | $2.316.418 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2.316.418 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $320.000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 88% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2'194.507, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

Dado en Bogotá al mes de Julio del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA

Catherin Santacruz.

CATHERIN JAZMIN SANTACRUZ GIL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | Versión | 3 |
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| | | Código | 04-02-FO-0063 |
| | | | Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL | | | | **Sede:** FONTIBON ZONA FRANCA FOO | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 5347-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 7 | 20 | | 31 | 7 | 20 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | CATHERIN JAZMIN SANTACRUZ GIL | | **C. C.** | 1.031.128.082 | | **DE** | Bogotá | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos :** SI X NO ___ **Servicios:** SI ___ NO ___

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Realizar, liderar o apoyar visitas de inpeccion vigilancia y control, toma y envio de muestras y operativos, en las diferentes lineas de intervencion o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que se asignado, afines al perfil profesional a lo establecido en los documentos tecnicos, estandares y plan de accion en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud. | SI | _ visitas de IVC a Panaderias localidad de Kennedy<br>_ plaza de mercado kennedy .<br>_visitas de IVC a minoristas localidad de kennedy<br>_visitas IVC Supermercados kennedy y puente aranda<br>_IVC vehiculos transportadores de alimentos | Actas de inspeccion, vigilancia y control sanitaria diligenciadas.<br>- 10 Panaderias.<br>-16 minoristas.<br>-8 Supermercados<br>-1 Plaza de mercado<br>-21 vehiculos |
| Presentar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Así como los respectivos cronogramas, de las actividades o acciones a realizar y realizadas | SI | entrega de soportes o informes de actividades realizadas, Formato de entrega de trabajo y consolidado. | Informe de actividades y acciones realizadas. |
| Atender y dar respuesta oportuna a peticiones,solicitudes o quejas presentadas por la comunidad. | SI | Atencion de solicitudes y derechos de peticion en la localidad de Kennedy. | Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas. |
| Brindar apoyo tecnico a la comunidad en normativa sanitaria y ambiental. | SI | entrega de soportes o informes de actividades realizadas. | Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas. |
| Presentar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Así como los respectivos cronogramas, de las actividades o acciones a realizar y realizadas | SI | entrega de soportes o informes de actividades realizadas. | Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas. |
| Entregar oportunamente los productos que alimentan los sitemas de informacion en vigilancia sanitaria y otros. | SI | entrega de soportes o informes de actividades realizadas. | Actas de inspeccion sanitaria diligenciadas. |
| Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y/o delegados | SI | actas de asistencia a reuniones y demas actividades asignadas | Listados de asistencia a reunion de linea alimentos sanos y seguros. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras):** 2.316.418 - DOS MILLONES TRECIENTOS DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE.

Catherin Santacruz

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C 1031128082

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

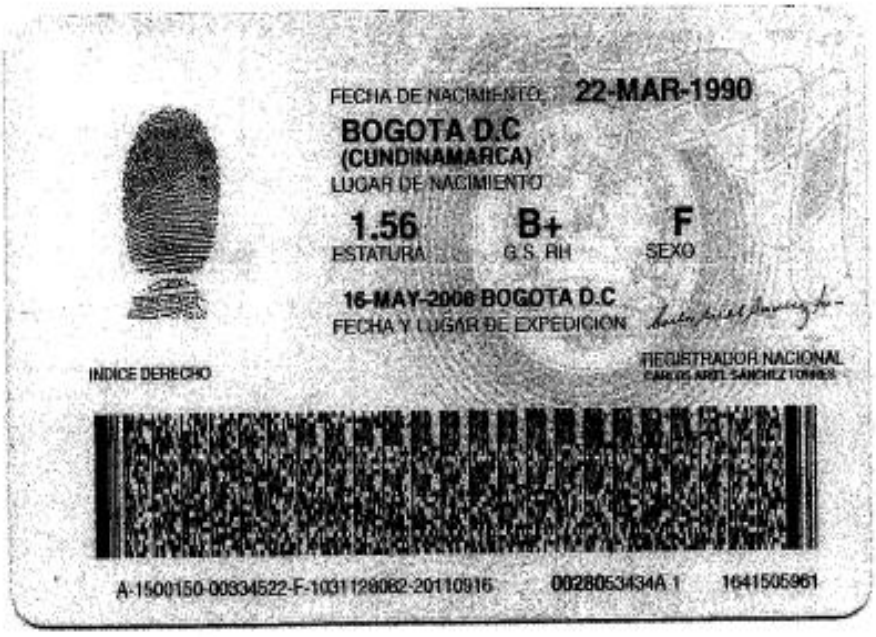
NUMERO 1.031.128.082
SANTACRUZ GIL

APELLIDOS
CATHERIN JAZMIN

NOMBRES

Catherin Santacruz Gil

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1990
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

16-MAY-2008 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00334522-F-1031128082-20110916 0028053434A 1 1641505961

FORMULARIO ÚNICO

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

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 12-jul-2020

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** CATHERIN JAZMIN SANTACRUZ GIL

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1031128082 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** Calle 41 B SUR # 13F-26 **Teléfonos** 3133166724 7698805

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| DORA INES GIL RUBIANO | 51745180 | Madre |
| LUIS ERNESTO SANTACRUZ RODRIGUEZ | 19367767 | Padre |

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 0,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 7.500.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 7.500.000,00 |

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 Davivienda | Cuenta de ahorros | 0570008480355232 | BOGOTÁ | $ 2.000.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

FORMULARIO ÚNICO

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

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 12-jul-2020

## 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 (X) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | C.C( ) C.E( ) T.I.( ) | |

## 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

Catherin Santacruz

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-jul-2020

CIUDAD Y FECHA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| SANTACRUZ | GIL | CATHERIN JAZMIN |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1031128082 | F (X) M ( ) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DIA 22 MES MAR AÑO 1990 | Calle 41 B SUR # 13F-26 |
| PAÍS Colombia | PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. |
| DEPTO Bogotá D.C. | CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7698805 |
| CIUDAD Bogotá D.C. | EMAIL catysantacruz@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BASICA | | | | | | | | | | | TITULO Bachiller académico con énfasis en ciencias |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. X | MES DICIEMBRE AÑO 2008 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Universitaria | 9 | X | | INGENIERÍA SANITARIA | 4 | 2019 | 25237-431241 CND |
| Tecnológica | 6 | X | | TECNOLOGIA EN SANEAMIENTO AMBIENTAL | 6 | 2014 | 25520-036106 |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| Gestión ambiental comunitaria recurso hídrico | Universidad Nacional | 2015 | 64 |
| Autocat 2D | Sena | 2014 | 40 |
| Sistemas de Potabilización de Aguas. | SENA | 2014 | 40 |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| *NOMBRE DEL CURSO* | *INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN* | *AÑO TERMINACIÓN* | *HORAS* |
|---|---|---|---|
| Salud Ocupacional, seguridad y salud en el trabajo | SENA | 2014 | 40 |
| ISO 14001 | Sena | 2014 | 40 |

***DOMINIO DE IDIOMAS***

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| Inglés | X | | | X | | | X | | |

## 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*: alimentossuroccidente2020@gmail.com |
| *TELÉFONOS*: 3640090 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 25 MES 6 AÑO 2020 | | *FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO*: Técnico ambiental | *DEPENDENCIA*: salud publica ivc | | *DIRECCIÓN*: kr 106 15 a 32 |

| *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*: aocsuroccidente@gmail.com |
| *TELÉFONOS*: 7560505 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 10 AÑO 2019 | | *FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 2 AÑO 2020 |
| *CARGO O CONTRATO*: Tecnico Ambiental | *DEPENDENCIA*: Salud publica - zona franca | | *DIRECCIÓN*: calle 9 # 39 46 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 12-jul-2020

## 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: CORPOAMEN | PÚBLICA: | PRIVADA: X | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Meta | MUNICIPIO: Villavicencio | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: corpo_amen@hotmail.com | |
| TELÉFONOS: 3102610410 | FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 2 AÑO 2019 | FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 3 AÑO 2019 | |
| CARGO O CONTRATO: Ingeniera Sanitaria | DEPENDENCIA: Proyectos | DIRECCIÓN: CL 37 A 19 A 15 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: Alcaldía Municipal de Murindó | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Antioquia | MUNICIPIO: Murindó | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: alcaldia@murindo-antioquia.gov.co | |
| TELÉFONOS: 8575015 | FECHA DE INGRESO: DIA 5 MES 3 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO: DIA 3 MES 8 AÑO 2018 | |
| CARGO O CONTRATO: Practica laboral ingeniería sanitaria | DEPENDENCIA: Dirección local de salud | DIRECCIÓN: kr 2 b 21 08 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED CENTRO ORIENTE | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: gloriaabogota@gmail.com | |
| TELÉFONOS: 3163572979 | FECHA DE INGRESO: DIA 5 MES 9 AÑO 2016 | FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 3 AÑO 2018 | |
| CARGO O CONTRATO: Tecnologa en saneamiento ambiental | DEPENDENCIA: Salud publica (IVC) | DIRECCIÓN: KR 7A 30D 44 SUR | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 12-jul-2020

## 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*: E.S.E SAN CRISTOBAL | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA* | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: saludpublica@esesancristobal.gov.co |
| *TELÉFONOS*: 3642125 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 6 AÑO 2016 | | *FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2016 |
| *CARGO O CONTRATO*: Tecnologa en saneamiento ambiental | *DEPENDENCIA*: salud publica (IVC) | | *DIRECCIÓN*: CL 22 SUR 8A 58 |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: E.S.E SAN CRISTOBAL | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA* | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: territoriosolego@gmail.com |
| *TELÉFONOS*: 3162992888 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 8 AÑO 2015 | | *FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 1 AÑO 2016 |
| *CARGO O CONTRATO*: Tecnico ambiental | *DEPENDENCIA*: Salud publica (PIC) | | *DIRECCIÓN*: CL 22 SUR 8A 58 |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: Asinal Ltda. | *PÚBLICA* | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: belisario.acevedo@asinal.com |
| *TELÉFONOS*: 6053555 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 22 MES 6 AÑO 2015 | | *FECHA DE RETIRO*: DIA 2 MES 7 AÑO 2015 |
| *CARGO O CONTRATO*: analista de muestreo | *DEPENDENCIA*: analisis de aguas | | *DIRECCIÓN*: calle 10 sur 41 27 |

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

| EMPLEO O CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: ERCA | | PÚBLICA: | PRIVADA: X | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: admonerca@gmail.com | |
| TELÉFONOS: 4136435 | FECHA DE INGRESO: DIA 24 MES 6 AÑO 2013 | | FECHA DE RETIRO: DIA 3 MES 4 AÑO 2014 | |
| CARGO O CONTRATO: Operaria PTAR | DEPENDENCIA: Proyectos | | DIRECCIÓN: CALLE 18 A No. 55 56 | |

## 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 | 11 |
| Pública | 2 | 11 |
| Total | 3 | 11 |

## 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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 12-jul-2020

*Ciudad y fecha del diligenciamiento* 12 - 07 - 2020

Catherin Santacruz.

*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*

· porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**CATHERIN JAZMIN SANTACRUZ GIL**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.128.082**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Junio del 2020.

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.*

ARL | sura

Medellín, 12 de julio de 2020

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

## CERTIFICA:

Que CATHERINE JAZMIN SANTACRUZ GIL identificado(a) con cédula de ciudadanía 1031128082 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 25/06/2020 **Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1031128082201944884

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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: 12/07/2020 1:34 PM

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **12/07/2020**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora CATHERINE JAZMIN SANTACRUZ GIL** con **Cédula de Ciudadanía** número **1031128082**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570008480355232** |
| Fecha de apertura | **28/07/2015** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Comfacundi — Estamos contigo —

# EPS-S

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. 10629

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 16 JUN 2020

### I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliado | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación<br>B. Reporte de Novedades | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional<br>B. Colectiva<br>C. Institucional<br>D. De oficio | A. Contributivo<br>B. Subsidiado | A. Cotizante<br>B. Cabeza de familia<br>C. Beneficiario | A. Dependiente<br>B. Independiente<br>C. Pensionado | (a registrar por la EPS) |

### A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [X] Masculino [ ] | 2 2 0 3 1 9 9 0 |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo [ ] Condición [ ] | | | | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | | |

### 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 | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | |

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| 24. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| 51 | | | | |
| 52 | | | | |
| 53 | | | | |
| 54 | | | | |
| 55 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento | Datos complementarios 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 51 | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | |

| | 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 51 | | | | | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | | | | | |

EPS-S UNICAJAS COMFACUNDI — Ampliando la cobertura del Contributivo — PROMOTOR

### 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 | | |
| D | | |
| H | | |
| I | | |
| G | | |
| H | | |

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

### 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 [ ] 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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del tránsito 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 | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [X] Masculino [ ] | 2 2 0 3 1 9 9 0 | 1 6 0 6 2 0 2 0 |

| 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 o 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 vigentes 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

| | |
|---|---|
| | |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**CATHERIN JAZMIN SANTACRUZ GIL**

**C.C 1031128082 DE BOGOTA D.C**

La suma de 2.316.418 - DOS MILLONES TRECIENTOS DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE, por concepto de servicios TECNICO AMBIENTAL durante el periodo de 01 al 31 de JULIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5347/2020

Catherin Santacruz.

**CATHERIN JAZMIN SANTACRUZ GIL**

**C.C 1031128082 DE BOGOTA D.C**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 8480355232**