

		FOBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.											
		LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS		CC-OPS-FI-07 V3									
DEBE: Entregar una copia en físico de toda la documentación presentada en un (1) soporte físico o electrónico. Entregar un (1) CD con toda la información de la hoja de vida en digitalizada en archivo PDF AL 75% (firmado individualmente en el orden del listado)													
N°	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	APLICA	NO APLICA							
1	Fotocopia del documento de identidad	Cedula de ciudadanía Cedula de Extranjería											
2	Fotocopia de Hoja de Vida Función Pública	Completo, vigente, diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)											
3	Fotocopia de declaración bienes y rentas	Completamente diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)											
4	Diplomas y actas de grado	Diploma y acta de Bachiller para auxiliares Diploma y acta de Bachiller para técnicos Diploma y acta de Bachiller tecnólogos Diploma y acta de grado de pregrado de acuerdo a la especialidad Diploma y acta de grado de posgrado de acuerdo a la especialidad											
5	Certificado de estudios adicionales	Cursos, seminarios, diplomados, entrenamientos específicos, etc.											
6	Certificado de experiencia laboral	Los certificados anexos deben ser los mencionados en la hoja de vida Función Pública											
7	Fotocopia de la tarjeta profesional SDS - ANEC - COPIA - Colegios Profesionales (Médico, Biólogo, Fisioterapeuta, Químico Farmacéutico, Psicólogo, etc.)	Tarjeta profesional y/o certificado de inscripción ante el gremio y de control por RETRIS conforme a la ley 1164 y la Resolución 5070 de 2014. Registro de inscripción donde se realice el ritual y tarjeta de colegiaturas											
8	Libreta Médica	Hombre: hasta 50 años Mujeres: Falso de 18 meses para hacer la prueba, una vez más controlado											
9	Antecedentes disciplinarios, locales y nacionales	<table border="1"> <tr> <td>Personal</td> <td>☐</td> <td>Contraria</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Procedente</td> <td>☐</td> <td>Positiva</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Personal	☐	Contraria	☐	Procedente	☐	Positiva	☐			
Personal	☐	Contraria	☐										
Procedente	☐	Positiva	☐										
10	Antecedentes profesionales en los casos que aplique	Alojados (categoría superior de la indicativa) Profesionales en Ingeniería o afines (COPIA)											
11	RUT	Actualizado con la actividad económica relacionada con el objeto contractual											
12	RRI	Actualizado con la actividad económica y relacionada con el objeto contractual que coincida con el RUT											
13	Examen pre ocupacional	Vigente - Decreto 123 de 2013 (NO SUPERIOR A TRES AÑOS)											
13	Para todo el Personal	General y específica	☐										
13	Para Conductores y conductores de mantenimiento	General, vehicular y automotriz	☐										
14	VACUNAS AREA ASISTENCIAL	* Hepatitis B tres dosis cuyo esquema es día 0, 60 y 180 para quienes se realice la vacunación y no bien en caso, deben realizarse la tercera de antígenos para hepatitis B * Influenza de vigencia anual actual * Varicela dos dosis el día 0 y el día 180 * Tetanos para mujer tres dosis el día 0-3-180 y para hombres dos dosis el día 0 y el día 20											
15	VACUNAS AREA ADMINISTRATIVA	Influenza de vigencia año actual											
		Auxiliar de Enfermería: - Curso soporte vital básico vigente - SVB - Certificado de formación en la atención del paciente en diálisis renal (colaboradores que se encuentren en la unidad renal) Unidad renal: * Médico especialista Nefrología * Médico general con formación en unidad renal * Enfermera profesional * Auxiliar de enfermería certificado de formación en unidad renal * Soporte vital avanzado: médico general, psicólogo, nutricionista y trabajador social por concordancia Unidad de cuidados críticos: Unidad cuidados intensivos neonatal Todo el personal mencionado debe contar con certificado de formación en atención del paciente de cuidados intensivos neonatal a excepción de los Neonatólogos Unidad cuidados intensivos pediátricos Todo el personal mencionado cuenta con certificado de formación en atención del paciente de cuidados intensivos pediátricos, a excepción de los especialistas en medicina crítica y cuidados intensivos Unidad cuidados intensivos adultos Todo el personal mencionado debe contar con certificado de formación en atención del paciente de cuidados intensivos adultos, a excepción de los especialistas en medicina crítica y cuidados intensivos Atención de Enfermería Ambulatoria: - Curso de soporte vital avanzado vigente - ACLS Trabajadores médicos de base: biólogos o auxiliares de enfermería deben contar con soporte vital básico * Verificación de respuesta rápida (MGT): Curso APS * Especialización soporte vital avanzado	☐										
		Atención de Enfermería Ambulatoria: - Curso de soporte vital avanzado vigente - ACLS Trabajadores médicos de base: biólogos o auxiliares de enfermería deben contar con soporte vital básico * Verificación de respuesta rápida (MGT): Curso APS * Especialización soporte vital avanzado	☐										

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.				
		LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS	CO-OPS-FI-07 V3			
DEBE: Entregar una (1) copia en físico de toda la documentación presentarla en un (1) carpeta tamaño oficio. Entregar un (1) CD con toda la información de hoja de vida en magnético en archivo PDF AL 75% (Escaneado individualmente en el orden del listado)						
N°	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	APLICA	NO APLICA
16	Cursos por Habilitación que debe tenerse vigentes según perfil	Auxiliares de enfermería Laboratorio - Curso de laboratorio clínico y/o toma de muestras. Auxiliares que realicen actividades de vacunación - O.P y D. Curso PAI y/o certificado de formación en administración de inmunobiológicos según lineamientos y normativa vigente Programa PYD Certificado de formación en toma de citologías. Médicos Áreas de Urgencias - Curso de soporte vital avanzado vigente - ACLS Sedación Grado I y II fuera de salas de cirugía por ejemplo en algunos procedimientos de radiología, gastroenterología y odontología, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de la sedación y su perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico u odontólogo con certificado de formación en soporte vital básico y certificado de formación para sedación. Enfermeras - Soporte vital básico vigente - SVB ☐ Certificado de formación del personal asistencial (Médicos, enfermeras, auxiliares) de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencia sexual. Enfermeras Áreas de Urgencias - Soporte vital avanzado vigente - ACLS y Curso de Administración de medicamentos ☐ Médicos Especialistas - Certificado de formación en radioprotección (Radiólogo, Ecografistas) Médico especialista en medicina física y rehabilitación (Fisiatras) o neurólogo u otra especialidad que en su formación académica haya realizado entrenamiento en el área de electrofisiología. Cuidado Lúcido neonatal - Enfermera, auxiliar de enfermería, nutricionista, médico pediatra y terapeuta respiratorio o fisioterapeuta. Todo el personal mencionado debe contar con certificado de formación en atención del paciente neonatal, excepto el médico especialista en neonatología o en cuidados intensivos. Bacteriólogos - En mediana complejidad: disponibilidad de bacteriólogo o convenio con un Banco de Sangre para la realización de las pruebas. Todo el personal debe contar con certificado de formación para el manejo de transfusión sanguínea. Tecnólogo de Radiología, Auxiliares de Odontología, Odontólogos y Médicos Radiólogos - Carnet de radioprotección SDS ☐ En área de radiología cuando hay TAC formación específica en manejo de TAC. Conductores - Licencia de conducción - constancia de comprendidos - Curso de primeros auxilios y primer respondiente ☐				
17	Curso de Alturas	Área de Mantenimiento ☐				
18	Póliza de Responsabilidad civil profesional (valor amparado mínimo 100 SMLMV)	Particular - Médicos, Médicos Especialistas, Odontólogos, odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermería, Bacteriólogos, Instrumentador quirúrgico, fisioterapeuta y terapeuta respiratorio. LA GARANTÍA DEBE ESTAR CONSTITUIDA CON CUALQUIER ASEGURADORA QUE AMPARE MÍNIMO 100 SMLMV - VIGENTE UNA VEZ SUSCRIBA EL CONTRATO				
19	Para el caso de salud mental	Certificado de entrenamiento en salud mental				
20	Certificación de afiliación a seguridad social en salud y/o SOPORTE DE AFILIACIÓN COMO INDEPENDIENTE	EPS ☐ ARL ☐ AFP ☐				
21	Autorización de verificación de títulos debidamente firmado	Para todos los perfiles a excepción Barandines				
22	Anexo: todo el personal de contrato debe tener actualizados todos los registros de habilitación en los casos que aplique.					
OBSERVACIONES:						

NOMBRE DE QUIEN RECEPCIONA Y VERIFICA DOCUMENTOS

FECHA:



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Alvarez</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Otavo</u>	NOMBRES <u>Rocio</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>52310818</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>19</u> MES <u>04</u> AÑO <u>1976</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Condado de Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CL 40 SW # 72521 int. 6 Depto 202</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Condado de Bogotá</u> TELÉFONO <u>3142814477</u> EMAIL <u>rociolalvarezotavodegmail</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>07</u> AÑO <u>1993</u>	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
ACADÉMICA		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		Psicología	12	2010	52310818
ME	6	X		Terapia familiar y sistémica	03	2010	52310818

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud sur	☒		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Bogotá	www.subredssur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
7150943	DÍA 01 MES 03 AÑO 2015	DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado Salud pública		Km 37A #49C-10 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Distrital de Integración Social	☒		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Bogotá	www.integracionsocial.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3279797	DÍA 28 MES 11 AÑO 2010	DÍA 03 MES 02 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicóloga - 721	Protección	Km 7 #32-16	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital del sur	☒		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Bogotá	www.hospitaldelsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
2031922	DÍA 27 MES 05 AÑO 2009	DÍA 17 MES 11 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicóloga	Proyectos VEL	U. 37A Sur #34b-53 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital de Usaquén	☒		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Bogotá	www.hospitaldeusaqueen.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6583030	DÍA 25 MES 10 AÑO 2004	DÍA 26 MES 05 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicóloga	Salud mental	Km 6 #117A-14	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	13	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	13	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 56, DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 01-NOVIEMBRE 2018

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 UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Rocio Alvarez Olayo

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 52310818 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Madrid Municipio Bogota

Dirección CL. 40 SUR 7726 PL. INT. 6 APT 202 Teléfonos 3102814477

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Nicolas Pinzon Alvarez	103065029	Hijo
Gabriel Pinzon Alvarez	1141335204	Hijo
Maria Elvys Pinzon Alvarez	41592229	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☐
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,
EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	3.600.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 3.600.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Ahorros	66940720421	Remota	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Apartamento	CL. 40 SUR 7726 PL. INT. 6 APT 202	72.000.000
Carro	Hija 337 Chevrolet-Spark	16.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CECULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.310.818

ALVAREZ OTAVO

APELLIDOS

ROCIO

FECHAS

COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1976

BOGOTA D.C.
(CONDIMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

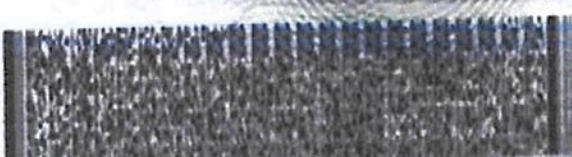
1.60 A+ F

ESTATURA 0.3 PH SEXO

30-JUN-1994 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EMISION

INDICE DERECHO



A-1500150-00283011-F-0052310018-20110310 0028301103A.1 1001108100

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)		
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:		
ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Bancolombia	Credito Hipotecario	13'000.000
Cheniglan	Credito Carro	900.000

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 ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION N°
Jairo Alonso Pineda Vargas	C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 79529889

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA																
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">DETALLE DE LAS ACTIVIDADES</th> <th style="width: 40%;">FORMA DE PARTICIPACION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION														
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION															

3. FIRMA
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border-top: 1px solid black; width: 100%;"></div> FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> Bogotá - 01-11-18 <div style="border-top: 1px solid black; width: 100%;"></div> CIUDAD Y FECHA </div> </div>

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770



Universitat Autònoma de Barcelona

Escola de Postgrau Fundació Doctor Robert

La Rectora de la Universitat Autònoma de Barcelona,
atès que

La Rectora de la Universidad Autónoma de Barcelona,
considerando que

Rocío Álvarez Otavo

d'acord amb la normativa d'aquesta Universitat
ha obtingut, en el curs 2009-2010, els crèdits suficients
del corresponent programa de mestratge,
amb la qualificació global de notable,
li atorga el títol de

de acuerdo con la normativa de esta Universidad
ha obtenido, en el curso 2009-2010, los créditos suficientes
del correspondiente programa de maestría,
con la calificación global de notable,
le otorga el título de

MÀSTER

MÁSTER

en

en

Teràpia Familiar Sistèmica

Terapia Familiar Sistémica

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 21 de març de 2010

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 21 de marzo de 2010

La persona interessada,

Rocío Álvarez Otavo

La rectora,

Ana Ripoll Aracil

La delegada de la rectora
per a la Formació Permanent

Judit Panadés Martí

TESTIMONIO. YO TEODORO LOPEZ-CUESTA FERNANDEZ
D.N.I. 12.345.678, con residencia
en la ciudad de Madrid, he visto la firma que
pone ALA MARIA RIPOLL
en el documento de la Universidad Autónoma de
Barcelona, D.N.I. número 21.622.590-Z, la
cual es reconocida por serme conocida.-----
Firmado en la ciudad de Vallès a 24.01.2012
guerra anotado con el número 58 en mi libro
indicador.



Universitat Autònoma de Barcelona
Escola de Postgrau
Registre número 035744

Notariat (Cerdanyola del Vallès), 17 de novembre de 2011

F. Cuesta

Francisco Cuesta Fernández
Notario de la Unidad de Atención al Usuario

2011

El presente folio es el agregado al documento en el que figura la firma de DON TEODORO LOPEZ-CUESTA FERNANDEZ, Notario de Cerdanyola del Vallès, Colegio Notarial de Cataluña, en legitimación de firma de doña Ana María Ripoll Aracil, en título de máster, expedido por la "Universitat Autònoma de Barcelona", a nombre de doña Rocio Álvarez Otavo, libro indicador número 58, de 24 de enero de 2012.

APOSTILLE

(Convention de la Haye du 5 octobre 1961)

1. País: España
Country / Pays:

El presente documento público

This public document / Le présent acte public

2. ha sido firmado por DON TEODORO LOPEZ-CUESTA FERNANDEZ

has been signed by

a été signé par

3. quien actúa en calidad de NOTARIO

acting in the capacity of

agissant en qualité de

4. y está revestido del sello/timbre de la Notaria

bears the seal / stamp of

est revêtu du sceau/timbre de

Certificado

Certified / Attesté

5. en BARCELONA

at / à

6. el día 28 de febrero de 2012

the / le

7. por: DON JOSÉ ALBERTO MARÍN SÁNCHEZ, VICEDECANO DEL COLEGIO NOTARIAL DE CATALUÑA

By / par

8. bajo el número 11050/2012

Nº / sous nº

9. Sello / timbre:

Seal / stamp:

Sceau / timbre:

10. Firma:

Signature / Signature:



José Alberto Marín Sánchez
Vicedecano

Esta Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la firma, la calidad en que el signatario del documento haya actuado y, en su caso, la identidad del sello o timbre del que el documento público esté revestido.
Esta Apostilla no certifica el contenido del documento para el cual se expidió.

This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp which the public document bears.
This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued.

Cette Apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant l'identité du sceau ou timbre dont cet acte public est revêtu.
Cette Apostille ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise.



UNAD

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
La Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ley 396 del 5 de Agosto de 1997

Teniendo en cuenta que,

Wocio Alvarez Osorio

C.C. N° 52.310.818 de Santafé de Bogotá, D.C.

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución,
de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

Profesional en Psicología Social Comunitaria

Registro Esf. 210243020001400112400

Dado en Bogotá, D. C. el 13 del mes de Diciembre de 2002.

Rector

Decano Facultad

Acta de Grado N° 2156 Fecha 13. Dic. 02 Registro de Diploma N° 15555 Libro 5, Folio 118



Ministerio de Educación Nacional

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

ACTA DE GRADO No. 2756

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANAS Y EDUCATIVAS

En ceremonia realizada el día 13 de diciembre de 2002 en la ciudad de Bogotá y presidida por la Doctora María Teresa Graciela Vélez de Mestre, Directora del CREAD José Acevedo y Gómez, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

PROFESIONAL EN PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITARIA

Registro 210243020001100112400

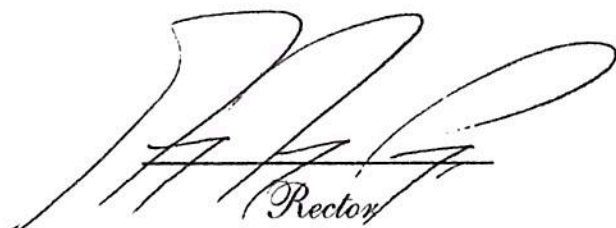
A:

ROCIO ALVAREZ OTAVO

Identificada(o) con cédula de ciudadanía No. 52.310.818 Santafé de Bogotá, D. C. , quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

PARTICIPACION JUVENIL COMUNITARIA EN EL BARRIO VILLA CLAUDIA, UNA ALTERNATIVA DE RECONOCIMIENTO EN LAS ACCIONES Y SOLUCIONES COLECTIVAS.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá, D. C., a los 13 días del mes diciembre de dos mil dos (2002).


Rector


Decano Facultad

Anotado en el libro de Actas No. 8

Registro de Diploma No. 16555 Libro 5 Folio 118

[Faint signature]



La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Adventista Emmanuel Antiguo Colegio Emmanuel

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 09820 de 14 de Agosto de 1987

Confiere a

Rocío Alvarez Otavo

Identificado (a) con C. R. 760419-05758 de Bogotá

El Título de Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nive
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigen

Rector

Secretario

[Firma] [Firma]

Dado en Santa Fe de Bogotá a 29 de Noviembre de 1992

Anotado al folio 87. R Libro de Registro Nº 9.5



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Inscripción N.º 1.110

LENG 1100102997

COLEGIO ADVENTISTA EMMANUEL (ANTIGUO COLEGIO EMMANUEL)

En la ciudad de SANTAFE DE BOGOTÁ D.C. a los VEINTINUEVE (29) días del mes de NOVIEMBRE de 1971 se reunieron, con el fin de formalizar graduación de los alumnos de último grado, los señores Rector, secretario y el resto de la Junta Directiva del Colegio Adventista Emmanuel, institución fundada hasta ahora, según consta en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, por otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad ACADÉMICA según RESOLUCIÓN N.º 09810 de CALLES de AGOSTO de 1967.

COMPROBACIÓN DE LA SITUACIÓN LEGAL Y ACADÉMICA

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los cursos correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TÍTULO de BACHILLER ACADÉMICO, a graduando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identificación relacionar a continuación:

ALVARIZ OLAVO RECIO

N.º 150419-05759 de Bogotá

Es fiel copia basada del Acta original, general N.º 19 de fecha 19/11/71 que consta de 15 páginas que comienza con el nombre de ALVARIZ OLAVO RECIO y se cierra con el nombre de LARATÉ ZARATE MARINA RECIO.

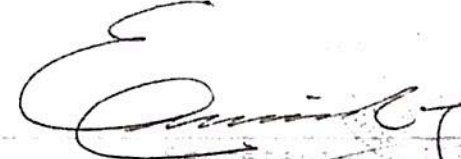
Firmado y sellado por: GUSTAVO ZAFATA RUDOLFO
y JOSÉ ELÍAS RUÍZ BELTRÁN

(Rector)
(Secretario)

Dado en SANTAFE DE BOGOTÁ D.C. a los 20 días del mes de JULIO de 1971.

Firmado y sellado


El Rector y Director
N.º 15.022.004 de Bogotá D.C.
RECTORIA


Secretario
N.º 12.511.448 de Bogotá D.C.


 Notario V. de la C. de Bogotá
 ANÁLISIS
Enslino S
 ANÁLISIS

02 OCT 1993

OILIGENCIA DE AUTENTICACION

El Suscrito Notario Vaintrés del Círculo de Bogotá Certifica
 que la (s) firma (s) que Autorizó (n) el Anterior documento
 corresponde (n) a la (s) que registraron en la Notaría

Gustavo Zapata
Enfer Rojas

Según la confrontación que se ha hecho de elir (s) dado
 en Bogotá a

23 JUL 1993


 0

87. A. 93

ms
 28 octubre/93



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



Hospital
Simón Bolívar

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ - LSP HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E - LCVIH

CERTIFICA

Que: **ROCIO ALVAREZ OTAVO**

Asistió al Curso en: **ASESORIA EN PRUEBA VOLUNTARIA**

VIH-SIFILIS

Realizada los días 13 de octubre de 2016
Intensidad Horaria: 8 horas


HERBERT IVAN VERA ESPITIA
Coordinador Laboratorio de Salud Pública


CLARA YOLANDA PRADA GIL
Subgerente Científica

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

EL Ministerio de Justicia y del Derecho y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC–

Certifican como facilitador del Programa Familias Fuertes Amor y Límites a:

ROCIO ALVAREZ OTAVO

CC: 52310818

Por haber completado satisfactoriamente los requisitos de formación en el taller de entrenamiento de facilitadores del Programa Familias Fuertes Amor y Límites, realizado en la ciudad de Bogotá del 23 al 27 de Mayo del 2016.



Ricardo Rojas Higuera
Sub-Director de Acciones Colectivas
Secretaría de Distrital de Salud



Jeannette Pava Laguna
Sub-Gerente de Servicios de Salud
Sud Red Sur- Sede Vista Hermosa

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

Rocio Alvarez Otazo

CC 52.310.818

Participó activamente en la actualización del proceso
informativo institucional (6 Horas)

Para constancia se firma
el 12 Julio de 2018



Fabiola Bautista Lopez
Directora de Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Claudia Helena Prieto Vanegas
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

LA SUSCRITA LIDER DEL PROCESO DE GESTION DE SERVICIOS DE LA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA SALUD
COOP. INTRASALUD C.T.A

CERTIFICA:

Que el Sr. (a), ALVAREZ OTAVO ROCIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.52310818, estuvo afiliado(a) como asociado(a) a COOP.INTRASALUD C.T.A.; como Trabajador Asociado, desempeñó el cargo de PSICOLOGO, devengando una compensación mensual de UN MILLON OCHOCIENTOS DOS MIL PESOS M/CTE (\$1802000) del 1 de Agosto de 2006, al 16 de Mayo de 2009, bajo la modalidad de Acto Cooperativo, actividad que realizó en el HOSPITAL USAQUEN - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

La presente certificación se expide con destino al interesado, a los 03 días del mes de junio de 2009.


LUCIA OSORIO TORRES

Elaboró: ALEJANDRO DONCEL C.

*Para su confirmación favor, comunicarse con la línea de atención y solicitud de certificaciones
laborales: 522 46 78*

EL SUSCRITO ASESOR JURÍDICO DEL HOSPITAL DE USAQUÉN I NIVEL E.S.E

CERTIFICA

Que revisados los archivos de la Oficina de Contratación del Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E. se constata que la Doctora **ROCIO ALVAREZ OTAVO**, identificada con C.C. No. 52.310.818, ha suscrito con el Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E. las siguientes Ordenes de Prestación de Servicios:

- O.P.S. No. 57 de 2006 cuyo objeto consistió en prestar sus servicios como Psicóloga del Hospital, la cual se ejecutó desde el 6 de febrero hasta el 31 de marzo de 2006. Por concepto de honorarios recibió la suma de TRES MILLONES CIENTO DIECISÉIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$3.116.667.00) M/Cte.
- O.P.S. No. 761 de 2006 cuyo objeto consistió en prestar sus servicios como Psicóloga del Hospital, la cual se ejecutó desde el 1º y el 30 de abril de 2006. Por concepto de honorarios recibió la suma de UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS (\$1.700.000.00) M/Cte.

Adicionalmente se certifica que cumplió con el objeto contractual.

La presente, se expide a solicitud de la interesada, dada en Bogotá, D.C, a los treinta (30) días del mes de agosto de 2006.

Atentamente,



HUGO CHACON MORENO

LA SUSCRITA COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE PERSONAL

CERTIFICA QUE:

El Señor (A) ALVAREZ OTAVO ROCIO identificado con cedula de ciudadanía No 52310818 labora en Nuestra compañía para nuestra empresa cliente HOSPITAL DEL SUR E.S.E desde el 11 de Mayo de 2009 a la fecha, con un contrato por obra o labor contratada, en el cargo de PROFESIONAL II con un salario básico de 1,015,000 que generan carga prestacional y otros devengos de \$505,523 para un total neto del mes de 1.439.324.

Se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Enero de 2010.

Atentamente



JENNY SIZA CORTES

Coordinadora De Servicio al Cliente Hospital Sur



CALI
CALLE 23 A Norte No. 4N-11
PBX: 524 3666 - 652 8400
FAX: 668 3406
CEL: 315 5601819
sya@serviasesorias.com.co

PEREIRA
CALLE 2 No. 12-25
TELS: 331 2851 - 331 6249
FAX: 331 6237
CEL: 315 575 9582
serviesp@telesat.com.co

MEDELLIN
CRA. 69 No. 46B-46
TELS: 260 6727/2004
FAX: 260 7663
CEL: 315 575 9576
sya@epm.net.co

BOGOTÁ, D.C.
CRA. 6 No. 46-23
P.B.X.: 323 0622 - 245 2644
FAX: 232 7331
CEL: 315 575 9578
syabt@serviasesorias.com.co

BARRANQUILLA
CALLE 70 No. 50-03 Of. 11
C.C. LOS ROBLES
TELEFAX: 345 6521
CEL: 315 575 9581
serviespeciales@edt.net.co

IBAGUÉ
CALLE 12 No. 2-70 Of. 305
Edificio el Molino Centro
TEL: 261 0128 - 263 2133
CEL: 316 465 5049
www.serviasesorias.co

BUCARAMANGA
CALLE 12 No. 2-70 Of. 305
Edificio el Molino Centro
TEL: 261 0128 - 263 2133
CEL: 316 465 5049
www.serviasesorias.co



Secretaría Distrital de Integración Social
Dirección de Gestión Corporativa
Subdirección de Contratación

CERTIFICA

Que de conformidad con el software de contratación de la Secretaría Distrital de Integración Social el señor(a) ROCIO ALVAREZ OTAVO identificado con el número de CEDULA: 52310818 ha suscrito con esta entidad los siguientes actos contractuales

Numero y Fecha	558 – 16/01/2014
Tipo Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES (2008) H
Valor	\$ 35.877.600
Plazo	11 MESES
Fecha Inicio	04/03/2014
Fecha Final	03/02/2015
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA CONFORMAR EL EQUIPO DE INCLUSION SOCIAL DE LOS CENTROS RESPIRO CONTRIBUYENDO A RESIGNIFICAR EL PROYECTO DE VIDA A NIVEL PERSONAL Y FAMILIAR DE LOS CUIDADORES Y CUIDADORAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS DEL PROYECTO 721 ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FAMILIAS Y CUIDADORES CERRANDO BRECHAS.

Numero y Fecha	4.709 – 21/03/2013
Tipo Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES (2008) H
Valor	\$ 31.403.900
Plazo	11 MESES
Fecha Inicio	04/04/2013
Fecha Final	03/03/2014
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE PSICOLOGIA PARA APOYAR LA GESTIÓN MISIONAL Y ADMINISTRATIVA DE LOS CENTROS RESPIRO CONTRIBUYENDO A RESIGNIFICAR EL PROYECTO DE VIDA A NIVEL PERSONAL Y FAMILIAR DE LOS CUIDADORES Y CUIDADORAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS DEL PROYECTO 721 ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FAMILIAS Y CUIDADORES CERRANDO BRECHAS., DE LA DIRECCION POBLACIONAL.



Numero y Fecha 3.055 -- 10/05/2012
Tipo Contrato PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES (2008) H
Valor \$ 18.626.022
Plazo 6 MESES
Fecha Inicio 01/06/2012
Fecha Final 30/01/2013
Objeto Prestación de Servicios Profesionales de apoyo a la inclusión de niños y niñas con discapacidad en primera infancia en los jardines infantiles del distrito
Modificaciones FECHA=01/10/2012 -- TIPO MODIFICACION -- OTROSI()
FECHA=13/11/2012 -- TIPO MODIFICACION -- VALOR, PRORROGA(VALOR=\$ 6.208.674
PLAZO PRORROGA =2 MESES)

Numero y Fecha 733 -- 31/01/2011
Tipo Contrato PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES (2008) H
Valor \$ 33.153.120
Plazo 11 MESES
Fecha Inicio 10/02/2011
Fecha Final 01/06/2012
Objeto Prestación de Servicios Profesionales de apoyo a la inclusión de niños y niñas con discapacidad en primera infancia en los jardines infantiles del Distrito
Modificaciones FECHA=21/12/2011 -- TIPO MODIFICACION -- VALOR, PRORROGA(VALOR=\$ 1.105.104
PLAZO PRORROGA =11 DIAS CALENDARIOS)
FECHA=20/01/2012 -- TIPO MODIFICACION -- VALOR, PRORROGA(VALOR=\$ 9.041.760
PLAZO PRORROGA =3 MESES)
FECHA=31/01/2013 -- TIPO MODIFICACION -- SUSPENSION(PLAZO SUSPENSION=41
DIAS CALENDARIOS)

Numero y Fecha 2.729 -- 28/01/2010
Tipo Contrato PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES (2008) H
Valor \$ 33.153.120
Plazo 11 MESES
Fecha Inicio 10/02/2010
Fecha Final 09/02/2011
Objeto Prestación de servicios profesionales para apoyar el proceso de inclusión social en la educación inicial de los niños y niñas en condición de discapacidad o con alteraciones del desarrollo en jardines infantiles del distrito.
Modificaciones FECHA=13/12/2010 -- TIPO MODIFICACION -- VALOR, PRORROGA(VALOR=\$ 3.013.920
PLAZO PRORROGA =1 MESES)

A solicitud de el/la interesado(a), se firma en Bogotá D.C., a los 29 de enero de 2015

Nota: La presente certificación no será válida, sin el sello seco

Para efectos de verificación por favor tener en cuenta este código: 162182721



ISABEL EUGENIA BELALCAZAR PENA

C.C. 35.504.239

SUBDIRECTORA DE CONTRATACION

Elaboro: Damariz Galvan

Reviso: Nubia Angel



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

**CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE
PRESTACION DE SERVICIOS**

ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **ALVAREZ OTAVO ROCIO**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **52.310.818**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
No. 1428 de 2015	9 de marzo de 2015	30 de marzo de 2015	COORDINADOR CAMAD	\$ 2.647.333	TUNJUELITO
No. 1733 de 2015	1 de abril de 2015	30 de Junio de 2015	COORDINADOR CAMAD	\$ 11.226.378	TUNJUELITO
No. 2549 de 2015	1 de julio de 2015	30 de Septiembre de 2015	COORDINADOR CAMAD	\$ 11.226.378	TUNJUELITO
No. 3440 de 2015	1 de octubre de 2015	30 de octubre de 2015	COORDINADOR CAMAD	\$ 3.742.126	TUNJUELITO
No. 4263 de 2015	3 de noviembre de 2015	30 de noviembre de 2015	COORDINADOR CAMAD	\$ 3.742.126	TUNJUELITO
No. 5095 de 2015	1 de diciembre de 2015	30 de diciembre de 2015	COORDINADOR CAMAD	\$ 3.742.126	TUNJUELITO
No. 310 de 2016	4 de enero de 2016	30 de enero de 2016	COORDINADOR CAMAD	\$ 3.742.126	TUNJUELITO
No. 1225 de 2016	4 de febrero de 2016	18 de febrero de 2016	COORDINADOR CAMAD	\$ 1.935.582	TUNJUELITO
No. 1561 de 2016	19 de febrero de 2016	29 de febrero de 2016	COORDINADOR CAMAD	\$ 2.417.420	TUNJUELITO
No. 1748 de 2016	1 de marzo de 2016	30 de abril de 2016	COORDINADOR CAMAD	\$ 10.015.026	TUNJUELITO
No. 282 de 2016	2 de mayo de 2016	30 de mayo de 2016	COORDINADOR CAMAD	\$ 5.007.513	TUNJUELITO
No. 670 de 2016	1 de junio de 2016	30 de julio de 2016	COORDINADOR CAMAD	\$ 10.015.026	TUNJUELITO
No. 6652 de 2016	1 de septiembre de 2016	31 de diciembre de 2016	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	\$ 12.800.000	TUNJUELITO
No. 49 de 2017	2 de enero de 2017	31 de marzo de 2017	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	\$ 11.200.000	TUNJUELITO

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica 7428585 Ext. 1153. Código de Verificación ;BDGZ=PU1

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los 31 días del mes de 05 del 2017.

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

ADM-CTT-FT-22 V1

FUNCIONARIO/CONT RATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	MARTHA MARTINEZ	Auxiliar Administrativo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de responsabilidad y eficacia, se continuará operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos o inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR - SANTA FE DE BOGOTÁ

Resolución No 8729 de 25/10/2004
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ALVAREZ OTAVO ROCIO Identificado(a) con CC número 52310818 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de PROFESIONAL EN PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITARIA otorgado por LA UNIV.NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA "UNAD" el día 13/12/2002 y registrado en el libro 5 Folio 118 año 2002

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a ALVAREZ OTAVO ROCIO identificado(a) con CC número 52310818 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de PROFESIONAL EN PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITARIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 25/10/2004

Elaborado por: *Juan Carlos Alandette Manotas*
JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro: Víctor Sánchez
Revisó: Adriano Lozano

Bogotá, D.C. 9. Noviembre 2004
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) *Rocio Alvarez Otav*
CC. # *52.310.818 BTA*

Firma

Rocio Alvarez

Bogotá sin indiferencia

Colegio Colombiano
de Psicólogos



Tarjeta Profesional de Psicólogo Ley 1090

ROCIO ALVAREZ OTAVO
c.c. 52.310.818



FECHA DE EXPIRACION
02-11-2004

ALVAREZ OTAVO

ROCID

C.C. 52310818

PROFESIONAL EN PSICOLOGIA
SOCIAL COMPLETADO

[Handwritten signature]
BOGOTA COLOMBIA



Bogotá D.C., 1 de Noviembre de 2018 - 6:59 am

**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) **ROCIO ALVAREZ OTAVO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO** de BOGOTÁ

52310818

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:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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 (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

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

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11_K6LH3_596**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 01 de noviembre de 2018, a las 06:58:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52310818
Código de Verificación	52310818181101065800

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 117373793**



WEB
07:01:05
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 de noviembre del 2018

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) ROCIO ALVAREZ OTAVO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52310818:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

INICIO

INSTITUCIÓN

CONTACTÉNOTOS

PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:02:25 horas del 01/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52310818

Apellidos y Nombres: **ALVAREZ OTAVO ROCIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Versión: 1.00 de agosto 2014 (Formulario y Cuestionario)

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

El espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14320199647



(415)7707212489984(8020) 000001432019964 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

5 2 3 1 0 8 1 8

7

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

25. Tipo de documento:

26. Número de identificación:

27. Fecha expedición:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

Cédula de ciudadanía

1 3

5 2 3 1 0 8 1 8

1 9 9 4 0 6 3

Lugar de expedición

28. País:

29. Departamento:

30. Ciudad/Municipio:

0 0

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá, D.C.

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

ALVAREZ

OTAVO

ROCIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

39. Departamento:

40. Ciudad/Municipio:

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá, D.C.

0 0

41. Dirección principal

CL 40 SUR 72 G 01 BL 6 AP 202 CONJ CAMINO DE TIMIZA

42. Correo electrónico:

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

rociwal@hotmail.com

7 5 8 8 5 7 3

3 1 4 2 8 1 4 4 7

CLASIFICACION

Actividad principal

Actividad económica

Actividad secundaria

Otras actividades

Ocupación

46. Código:

47. Fecha inicio actividad:

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 9 2

2 0 0 4 1 0 2 7

8 2 9 9

2 0 0 4 1 0 2 7

50. Código:

1 2

2 4 4 5

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2 5

Usuarios aduaneros

Exportadores

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

54. Código:

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 4 1 1 3

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ZAMBRANO MONTERO YISELLA

985. Cargo: Analista II

Fecha generación documento PDF: 13-11-2014 09:23:23

CONTRIBUYENTE NIT 52310818-7 ROCIO ALVAREZ OTAVO

Información

Dirección CL 40 SUR 72 G 01 IN 6 AP 202

Teléfonos 7588573-3142814477

Dirección rociwal@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 01/02/2013

Soporte Inscripción 15143039

Fecha Inicio Actividades 27/10/2004

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8515-ACTIVIDADES DE APOYO
TERAPÉUTICO

Actividad 2: 5030-COMERCIO DE PARTES, PIEZAS
(AUTOPARTES) Y ACCESORIOS (LUJOS) PARA
VEHÍCULOS AUTOMOTORES

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

1. Año **2 0 1 6**

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

2303608779586



(415)7707212489984(8020) 000230360877958 6

Datos del declarante		5. No. Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12. Cód. seccional	
		5 2 3 1 0 8 1 8	7	ALVAREZ	OTAVO	ROCIO		3	
24. Actividad económica		8	6	9	2	Si es una corrección indique: 25. Cód. 26. No. Formulario anterior			
Patrimonio	Total patrimonio bruto							27	120,25
	Deudas							28	18,00
	Total patrimonio líquido							29	102,25
Determinación renta gravable alternativa (RGA) - IMAS	Ingresos brutos del empleado							30	42,00
	Otros ingresos							31	9,25
	Ingresos excluidos de la base (RGA) del IMAS							32	
	Total Ingresos							33	51,25
	Dividendos y participaciones no gravados							34	
	Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño							35	
	Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado							36	5,22
	Gastos de representación exentos							37	
	Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS							38	
	Pérdidas por desastres o calamidades públicas							39	
	Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico							40	
	Costo fiscal de los bienes enajenados							41	
	Indemnizaciones por seguro de vida, por accidente de trabajo o enfermedad							42	
	Licencia de maternidad y gastos funerarios							43	
	Exceso del salario básico de oficiales y suboficiales de las FF.MM y la Policía Nacional							44	
	Seguro por muerte y compensación por muerte de las FF.MM y la Policía Nacional							45	
	Retiros fondos de pensión de jubilación e invalidez; fondos de cesantías y cuentas AFC							46	
	Renta gravable alternativa - RGA							47	46,03
Ganancias ocasionales	Ingresos por ganancias ocasionales							48	
	Costos por ganancias ocasionales							49	
	Ganancias ocasionales exentas y no gravadas							50	
	Ganancia ocasionales gravables							51	
Liquidación privada	Impuesto sobre la renta mínimo alternativo simple - IMAS							52	
	Descuentos tributarios							53	
	Impuesto neto de renta							54	
	Impuesto de ganancias ocasionales							55	
	Total impuesto a cargo							56	
	Anticipo renta por el año gravable anterior							57	
	Saldo a favor año gravable anterior sin solicitud de devolución o compensación							58	
	Total retenciones año gravable 2016							59	
	Anticipo renta por el año gravable siguiente							60	
	Saldo a pagar por impuesto							61	
	Sanciones							62	
	Total saldo a pagar							63	
	o Total saldo a favor							64	



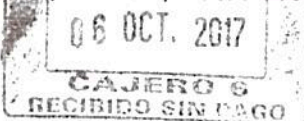
65. No. Identificación signatario

981. Cód. Representación **78**

Firma del declarante o de quien lo representa

[Firma manuscrita]

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora



980. Pago total \$

0

996. Espacio para el número interno de la DIAN / Adhesivo

2 0 1 7 2 6 6 8 2 9 4 3 5 6



Certificado Medico De Aptitud Laboral

INFORMACIÓN GENERAL

EMPRESA Subredsol

FECHA 12/12/2017

INGRESO ☒

EGRESO ☐

PERIODICO ☐

NOMBRE ROCIO ALVAREZ OTAVO

C.C. 52 310 818

EDAD 41 SEXO Mujer CARGO A DESEMPEÑAR

Psicologo Especializado

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ☒

EXAMENES DE LABORATORIO ☐

OPTOMETRIA/VISOMETRIA ☒

AUDIOMETRIA ☐

ESPIROMETRIA ☐

CUALES _____

El suscrito medico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente concepto:

APTO ☒

MOTIVO _____

NO APTO ☐

MOTIVO _____

musculo esquelético normal

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual _____

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

HIGIENE POSTURAL ☐ PAUSAS ACTIVAS ☐ ERGONOMIA DEL PUESTO TRABAJO ☐ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
VALORACION POR MEDICINA OCUPACIONAL ☐ CONTROL AUDIOMETRIA ☐ USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA ☐ CONTROL
OPTOMETRIA PERIODICO ☐ USO DE LENTES ☐ CONTROL DE TENSION ARTERIAL ☐ ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (DIETA, EJERCICIO)
EVITAR POSTURAS PROLONGADAS ☐ USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA ☐

[Firma]

FIRMA DEL PACIENTE

C.C. 52 310 818

Eulices Ortiz Rodríguez
R.M. 181492
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Audiología

FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA

RM



· VISIOMETRIA

NOMBRE Rocio Alvarez OTAN FECHA 12-12-12 EDAD SEXO M ☐ F ☒

CC O TI 52310818 OCUPACION Psicólogo INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐
EMPRESA Sobredor ULTIMO CONTROL

AVSC: OD VL 20/20 VP 20/20 AVCC: OD VL 20/20 VP 20/20
OI VL 20/40 VP 20/30 OI VL 20/20 VP 20/20

EXAMEN EXTERNO

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

EXAMEN MOTOR

DUCCIONES

OD NORMAL ☒

OI NORMAL ☒

VERSIONES

NORMAL ☐

HISHBERG

COVER TEST

OFTALMOSCOPIA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

TEST ISHIHARA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

ESTEREOPSIS

IDX astigmatismo con 6.25 lentes

OBSERVACIONES

FIRMA DEL PACIENTE

CC 52310818

Eulices Ortiz Rodríguez
R.M. 18102
Médico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoría en Salud

FIRMA DEL ESPECIALISTA

RM Resolución 606

calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 – 3176473117

E- mail: eulicesortizr@gmail.com

idime



24-546248

Página N° : 1

Fecha ingreso : 09/12/2016 06:20:53 PM

Fecha impresion : 16/08/2017 01:12:10 PM

No. de Orden : 546248
Paciente : ALVAREZ OTAVO ROCIO
Documento Id : 52310818
Empresa : CENDIATRA OCCIDENTE
Sede : LAB REFERENCIA

No. Interno : 546248
Edad : 41 a 3 m 27 d
Teléfono : 000000000000
E-Mail : @
No. Autoriza: 109

VZG**

DELSTH

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

MICROELISASVARICELA ZÓSTER AC IG GVARICELA ZÓSTER AC IG G

29.29

0 -

0

SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLÍNICA.

VALORES DE REFERENCIA:

Negativo: Menor de 9

Dudoso: 9 - 11

Positivo: Mayor a 11

Tecnica: MICROELISA

Validó: Rep 1051101021 ELEIMIRA VILLALBA

FIRMA DE RESPONSABLE

RESPONSABLE

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Fase pre analítica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado.)

Nota: la empresa no se responsabiliza por erradicaciones realizadas a este reporte

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1			
Toxoides Tetánico Diférico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
<p> <i>(Signature)</i> 23 Agosto 2016 02:13:36 12 SET. 2017 18:00 com pensar salud 17ENE12 U1792AB 17ENE12 Use: <i>(Signature)</i> Cel: <i>(Signature)</i> Isabel Lirio </p>				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	NOCIO		
Apellidos:	ACUAREZ		
Documento de identidad:	C.C.X T.I.	Pasaporte No.	52310818
Fecha de Nacimiento:	Día 19	Mes 04	Año 1978

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Rocio

Apellidos:

Alvarez Olano

Documento
de identidad:

C. ☒ T.I.

Pasaporte

No.

52310818

Fecha de
Nacimiento:

Día

Mes

Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	18 Mayo 2017	9342305	Luz Iviana Castiblanco B.
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Bogotá, Noviembre 1 de 2018

Señora:
ALVAREZ OTAVO ROCIO
 CC. 52310818 CL 40 SUR 72 G 01 IN 6 AP 202 - 7588573
 Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 27 de 2000. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RINCON ALVAREZ NICOLAS	1030653029	C	Jul-15-2016	56	0	HUO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
RINCON ALVAREZ GABRIELA	1141335204	R	Ene-12-2012	288	0	HUO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ALVAREZ OTAVO ROCIO	52310818	C	Ene-27-2000	650	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
RINCON VARGAS JAIRO ALONSO	79529389	C	Ene-27-2000	654	0	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
COOPERATIVA TRABAJO INTRASALUD CTA	52310818	Dependiente	CERRADO
PROMOVIENDO CTA	52310818	Dependiente	CERRADO
PROMOVIENDO CTA	52310818	Dependiente	CERRADO
ROCIO ALVAREZ OTAVO	52310818	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ROCIO ALVAREZ OTAVO	52310818	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
ROCIO ALVAREZ OTAVO	52310818	Trabajador Independiente	CERRADO
ROCIO ALVAREZ OTAVO	52310818	Trabajador Independiente	CERRADO
SA SERVICIOS Y ASESORIAS S A S	52310818	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
 Director de Recaudo y Compensación
 SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación,

Medellín, 01 de noviembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que ROCIO ALVAREZ OTAVO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52310818 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/08/2016

Fecha fin cobertura: 23/10/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE SUB RED SUR N900958564 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: 0000000001 - ASISTENCIAL CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% 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%

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: C5231081830526088

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

01/11/2018 7:14 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

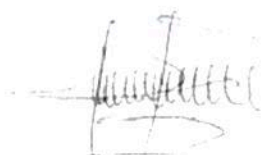
CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ROCIO ALVAREZ OTAVO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52310818**, se encuentra afiliado (a) desde **07/10/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

INFORMACION HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado de Salida	2	PROTECCION S.A.	06/02/1995	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/01/2013	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de noviembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. 01-11-18

Señores:

Colegio Emmanuel

Por medio de la presente, yo Lucia Norel Otavio, identificado con número de documento 52317818, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a 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.

Cordialmente,

Nombre: Lucia Norel O

No. Documento: 52317818

Teléfono: 314281477

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1	

Bogotá D.C. 01-NOViembre-2018

Señores:

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Por medio de la presente, yo Rocío Alvarez Otazu, identificado con número de documento 52310818, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a 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.

Cordialmente,

Nombre: Rocío Alvarez Otazu

No. Documento: 52310818

Teléfono: 3142814477

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. 01. Noviembre 2018

Señores:

Universidad Autònoma de Barcelona España

Por medio de la presente, yo Rocio Alvarez Otazu, identificado con número de documento 52310818, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a 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.

Cordialmente,

Nombre: Rocio Alvarez Otazu

No. Documento: 52310818

Teléfono: 3142814477

Bogotá, 07-11-18 de 2018

Doctora
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad

ASUNTO: PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Respetada Doctora:

Comedidamente me permito presentarle la siguiente propuesta, con el fin de someterla a su consideración, teniendo en cuenta la necesidad que le asiste a la Entidad, de vincular mediante la modalidad de contratación de prestación de servicios no Psicología Especializada bajo la modalidad de Actividades y/o Productos, sometidos a la supervisión de la actividad final.

Declaro que cumpliré los requisitos exigidos por la Subred Sur E.S.E y las disposiciones legales, pues considero que reúno las condiciones y requisitos necesarios para satisfacer los requerimientos de la Entidad, y para acreditarlos, anexo documentos respectivos.

Presento la propuesta como persona natural con disponibilidad de tiempo de Completo. Y bajo la gravedad del juramento manifiesto que no me encuentro incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades para contratar señalados en la Constitución y la ley. De igual manera, acepto las condiciones exigidas por la Subred Sur E.S.E y manifiesto conocer y aceptar la naturaleza del contrato de prestación de servicios en caso de concretarse la contratación.

DIRECCION: CL. 40 SW # 72-701 mt. 6 Apto 202 Caminos de Timiza
TELEFONOS: 3142814477 - 7888573
CORREO ELECTRONICO: racicalvarezotav@gmail.com

Atentamente,

NOMBRE Rocio Vargas Otazo
C. No. 523W818

