

Pereira, 25 de Enero de 2017.

Doctor  
**JUAN PABLO GALLO MAYA**  
Alcalde Municipal  
Pereira

**ASUNTO:** Propuesta para la contratación de prestación de servicios de apoyo a la gestión.

Cordial saludo.

**CLAUDIA MARCELA LOPEZ MESA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 42155182, mediante el presente escrito de la manera más respetuosa presento a su consideración mi propuesta para la Prestación de servicios de apoyo a la gestión en la Secretaría de Tecnologías de la Información y la Comunicación y la Comunicación del Municipio de Pereira, de conformidad al siguiente objeto.

**OBJETO:**

Prestar servicios de apoyo a la gestión en la Secretaria de Tecnologías de la información y la comunicación, para promover el uso y fortalecimiento en el aprendizaje de las TIC y el ecosistema digital en el Municipio de Pereira, por medio de capacitación a la población infantil

**ALCANCE DE LA PROPUESTA**

1. Apoyar en la planeación y ejecución de capacitaciones con contenidos tecnológicos para la población infantil del Municipio de Pereira, acorde con las programaciones que para el efecto disponga la secretaria TIC.
2. Promover el ecosistema digital de población infantil mediante el uso de los puntos vive digital, acorde con las programaciones que para el efecto disponga la secretaria TIC.
3. Coadyuvar en la apropiación de las buenas prácticas de uso de las zonas wifi en la población infantil del municipio de Pereira, acorde con las programaciones que para el efecto disponga la secretaria TIC.
4. Apoyar la ejecución de los procesos de la entidad, los programas y proyectos con actividades debidamente planeadas e incorporadas a los proyectos específicos, conforme a su perfil y experiencia laboral y las relacionadas con el proceso al cual se asigne.
5. actividades de apoyo y soporte, en trabajo de oficina o de campo, que estén bajo responsabilidad de ejecución o liderazgo del Director de Infraestructura tecnológica y secretario de TIC.
6. Apoyar con los procesos y proyectos a su cargo y las funciones relacionadas con su objetivo.

7. Realizar las actividades de apoyo técnico y operativo y el trabajo en conjunto con el gestor del proceso del sistema integrado de gestión de la Calidad
8. Apoyar en la asistencia a los usuarios en el uso de los servicios de tecnologías de la información, las comunicaciones y los portales web de la Alcaldía de Pereira.
9. Coadyudar en las labores varias administrativas de la Secretaría.

**PLAZO:** El plazo de ejecución de la propuesta se estima en seis (6) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio el término del contrato no podrá exceder la vigencia del 31 de diciembre de 2018.

**LUGAR DE EJECUCIÓN:** La presente propuesta se ejecutará en el Municipio de Pereira.

**VALOR Y FORMA DE PAGO:** El valor del presente contrato se pacta por la suma de NUEVE MILLONES NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE(\$9.924.000) , si el periodo a ejecutar es menor al plazo efectivamente establecido, el valor será prorrateado desde el momento de suscripción del acta de inicio, los cuales serán cancelados de la siguiente forma: mediante seis (6) actas parciales mensuales vencidas por valor de **UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE (\$1.654.000)**, cada una, previo cumplimiento de las obligaciones derivadas del objeto del contrato y su aceptación a satisfacción por parte del Municipio de Pereira, certificado por el supervisor.

#### **COMPROMISO**

Me comprometo a cumplir a cabalidad con las directrices establecidas por el Sistema de Gestión de Calidad y Control Interno.

#### **MANIFESTACION EXPRESA Y BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**

Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones para contratar previstas en la constitución política en los artículos 8 de la Ley 80 de 1993, 83 de la Ley 104 de 1993 y artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás disposiciones vigentes sobre la materia.

Atentamente;

  
**CLAUDIA MARCELA LÓPEZ MESA**  
C.C. 42155182

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42155182

LOPEZ MESA  
APELLIDOS

CLAUDIA MARCELA  
NOMBRES

*Claudia Marcela L. Mesa*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1983

PEREIRA  
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59  
ESTATURA

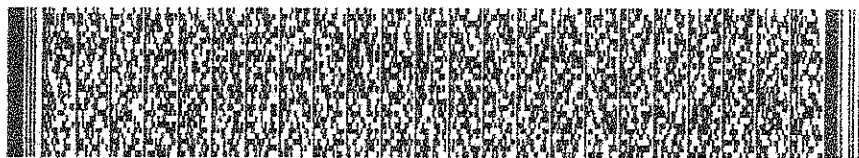
O+  
G.S. RH

F  
SEXO

20-NOV-2001 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Ivan Duque Escobar*  
REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2400100-54099991-F-0042155182-20020125

01770 02025A 01 118430314

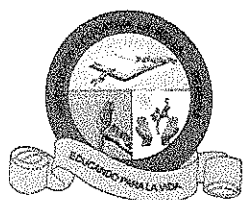




1.1. DE BIENES Y RENTAS				
Yo, <b>Claudia Marcela López Mesa</b>				
IDENTIFICADO CON: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. <b>42155182</b> CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: <b>Dosquebradas</b>				
DIRECCIÓN <b>Mz 1 casa 11</b>		TELÉFONOS <b>3158492</b>		
MUNICIPIO <b>Dosquebradas</b>	DEPARTAMENTO <b>Risaralda</b>	PAÍS <b>Colombia</b>		
Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:				
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO		
<b>Aurora Mesa</b>	<b>34050123</b>	<b>Madre</b>		
<b>Wilson López Patiño</b>	<b>5253818</b>	<b>Padre</b>		
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN <input type="checkbox"/> , PARA RETIRARME <input type="checkbox"/> , PARA ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/> , PARA MODIFICAR <input type="checkbox"/> LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE <input type="checkbox"/> , QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO	VALOR			
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES				
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS				
GASTOS DE REPRESENTACIÓN				
ARRIENDOS				
HONORARIOS				
OTROS INGRESOS Y RENTAS				
TOTAL				
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR		

1.1. DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)		
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son :		
ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES		
a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :		
ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	
b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones :		
CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	
c) En la actualidad :    SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes :		
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN	
<div><div><div>Claudia Marcela Mesa</div><div>FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO</div></div><div>CIUDAD Y FECHA</div></div>		

CLAUDIA MARCELA LOPEZ MESA



**Institución Educativa La Bella**

Resolución N° 069 del 28 de Noviembre de 2005, con ampliación de licencia

**Educación para Adultos, decreto 3011, según resolución N°**

**5463 del 14 de**

**Septiembre de 2.010**

**Sedes: La Bella, La Cachucha, La Colonia, Consotá, Arriba, El Rincón**

**NIT: 816.006.428-6 --- Núcleo Educativo N° 7**

**Pereira Risaralda**

**EL RECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA BELLA DEL  
MUNICIPIO DE PEREIRA, DEPARTAMENTO DE RISARALDA**

Hace Constar

Que: **CLAUDIA MARCELA MESA**, identificada con CC N° 42155182 de Pereira se desempeñó como docente de Básica Primaria desde el día 05 de mayo del año 2017, hasta el día 13 de agosto del año 2017 sin tener en cuenta el periodo de vacaciones, la docente quedo a **PAZ Y SALVO** por todo concepto con la Institución.

En constancia se firma a los 10 días del mes de noviembre de 2017.

**Octavio Mesa Noreña**  
**Rector**

3 nov  
2017

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA BELLA. [Insti.educativalabella@gmail.com](mailto:Insti.educativalabella@gmail.com) Teléfono:**  
**3329782**

**EDUCANDO PARA LA VIDA**

Lic. de funcionamiento Resol. Actualizada 1307 del 25 agosto de 2014  
Código de DANE 366170002797




*La suscrita Rectora del Centro Pedagógico la Esperanza de Dosquebradas  
centro privado aprobado desde párvulos a quinto de primaria, según  
resolución actualizada No 1307 del 25 de agosto de 2014*

**CERTIFICA**

Que la señora **CLAUDIA MARCELA LÓPEZ MESA**, identificada con cedula de ciudadanía No. 42.155.182 de Pereira laboro en la institución **CENTRO PEDAGÓGICO LA ESPERANZA**, desde Enero 14 del 2008 hasta el Marzo 9 del 2017, desempeñando el cargo de **Docente de Básica Primaria** (Jornada de la Mañana) y **Preescolar** (Jornada de la Tarde) con un contrato a término indefinido, durante el tiempo laborado en la institución se destaco por ser una persona con un alto sentido de pertenencia, colaboradora, responsable, proactiva y autónoma.

Para constancia de lo anterior se firma en Dosquebradas a los quince (15) días del mes de Noviembre del (2017)

Atentamente,

  
**CENTRO PEDAGÓGICO LA ESPERANZA**  
**ELIZABETH LÓPEZ RIVERA**  
Directora

99705 J mes.  
21 de nov.





LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL  
Y EN SU NOMBRE

# LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

CONFIERE EL TÍTULO DE

*Licenciada en Pedagogía Infantil*

A

*Claudia Marcela López Mesa*

IDENTIFICADO CON: C.C 42155182

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.  
EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

## D I P L O M A

EN LA CIUDAD DE PEREIRA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE Mayo DE 2007

RECTOR

VICERRECTOR ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

*Dr. J. Buitrago*  
DECANO

DIRECTOR REGISTRO ACADÉMICO

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

ANOTADO EN EL FOLIO No 142.L-7  
DEL LIBRO DE DIPLOMAS 3

PEREIRA 11 DE Mayo DE 2007

15594

THOMAS GREG A. BONE.

## ACTA DE GRADO

EL(LA) DIRECTOR(A) DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA, CERTIFICA: Que en el libro de Actas de Grado de la Universidad figura la siguiente: **ACTA DE GRADO N° 3883**

En la ciudad de Pereira, Departamento de Risaralda, Republica de Colombia, a los 08 días del mes de Mayo de 2007, se cumplió el acto de graduación de **CLAUDIA MARCELA LÓPEZ MESA**, con documento de identidad N° 42155182. Presidió el acto el doctor **JOSÉ GERMÁN LÓPEZ QUINTERO**, Rector(e) de la Universidad y actuó como Secretario el doctor **CARLOS ALFONSO ZULUAGA ARANGO**, Secretario General. El doctor **DIEGO OSORIO JARAMILLO**, Director del Centro de Registro y Control Académico informó que el aspirante terminó sus estudios en el Año dos mil siete (2007) Segundo Semestre y obtuvo un promedio de grado de 3.8 Tres Coma Ocho. El Rector de la Universidad le confirió el título de Licenciado en Pedagogía Infantil. Por medio de la Resolución N° 2721 del 11 días del mes de Mayo de 2007 y autorizó este acto por haber cumplido el graduando con todos los requisitos exigidos y aprobado todas las asignaturas del plan de estudios correspondiente. El señor Rector tomó el juramento del graduando y le hizo entrega del diploma que lo acredita como Licenciado en Pedagogía Infantil. Título aprobado por el Consejo Superior mediante acuerdo N° 03 del 06 días del mes de Febrero de 2001, con código SNIES 4099.

En constancia de lo anterior se expide y firma la presente Acta,

El Rector(e), Fdo.

**JOSÉ GERMÁN LÓPEZ QUINTERO**

El Decano de la Facultad, Fdo.

**HERNÁN GIL RAMÍREZ**

El Secretario General, Fdo.

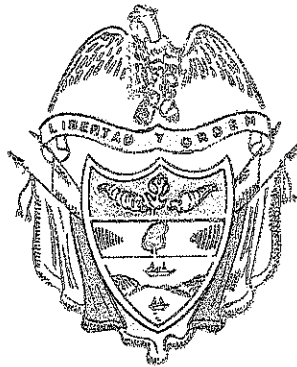
**CARLOS ALFONSO ZULUAGA ARANGO**

Anotado al Folio 142.L-7 Libro de Registro Diplomas N: 3 a los 08 días del mes de Mayo de 2007

Es fiel copia tomada del original a los a los 08 días del mes de Marzo de 2017

**YETSIKA NATALIA VILLA MONTES**  
DIRECTORA ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

*Nota:* esta acta no requiere sello seco de acuerdo con el artículo 11 del decreto 2150 de 1995 "ley antitrámites", para verificación comunicarse a los e-mail azuluga@utp.edu.co - oliva@utp.edu.co



La República de Colombia  
y en su nombre

# El Colegio de los Sagrados Corazones

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según  
Resolución No. 4601 del 10 de Octubre de 1.958

Confiere a:

**Claudia Marcela López Mesa**

Identificado (a) con T.I. No. 83113 - 01371 de PEREIRA

El Título de:

**Bachiller Académico**

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

Rectora

Secretaria

*[Firma]*

*[Firma]*

Registro interno

Acta No. 002

Folio No. 19

Este Diploma no requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación  
de conformidad con el Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994

Dado en Pereira, el 02 de NOVIEMBRE de 2000



PROGRAMA ESPECIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA EXCELENCIA PEDAGÓGICA



proexcel

Promoviendo la Excelencia  
NIT. 79.626.095 - 4

Otorga el presente Certificado a

**CLAUDIA MARCELA LOPEZ**

Por su participación en el:

**SEMINARIO  
PSICOGRAFIOMOTRICIDAD II  
CONFAMILIARES – AUDITORIO HERNANDO ARISTIZABAL B.  
Sábado 24 de Mayo 2014  
Manizales - Caldas**



JORGE ENRIQUE IBAÑEZ R.  
Director General





## **EL CENTRO AMBIENTAL Y ECOTURISTICO DEL NORORIENTE AMAZONICO**

### **CERTIFICA**

Que CLAUDIA MARCELA LOPEZ MESA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 42.155.182 de Pereira, realizó y aprobó el curso de CONSTRUCCION DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE INTEGRANDO TIC con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Pto Inírida, a los quince (15) días del mes de julio de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por  
BILIALDO TELLO TOSCANO  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

**BILIALDO TELLO TOSCANO**  
**SUBDIRECTOR CENTRO AMBIENTAL Y ECOTURISTICO DEL NORORIENTE AMAZONICO**  
**REGIONAL GUAINÍA**

***SENA: Una Organización con Conocimiento***

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 954700998125CC42155182E.



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace constar que*

**CLAUDIA MARCELA LOPEZ MESA**

*Con Cedula de Ciudadanía No. 42.155.182*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## CONSTRUCCION DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE INTEGRANDO TIC

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pro Intirida, a los quince (15) días del mes de julio de dos mil quince (2015)*

Firmado Digitalmente por  
BILALDO TELLO TOSCANO  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

BILALDO TELLO TOSCANO

SUBDIRECTOR  
CENTRO AMBIENTAL Y ECOTURISTICO DEL NORORIENTE AMAZONICO  
REGIONAL GUANIA

28867561 - 15/07/2015  
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 954700998125CC42155182C.



## EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO

### CERTIFICA

Que CLAUDIA MARCELA LOPEZ MESA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 42.155.182 de Pereira, realizó y aprobó el curso de PEDAGOGIA HUMANA. con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

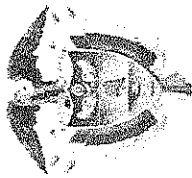
Se expide en Armenia, a los doce (12) días del mes de noviembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por  
CARLOS FABIO ALVAREZ ANGEL  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

CARLOS FABIO ALVAREZ ANGEL  
SUBDIRECTOR DE CENTRO CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO  
REGIONAL QUINDÍO

*SENA: Una Organización con Conocimiento*

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 953800615092CC42155182E.



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

*Hace constar que*

**CLAUDIA MARCELA LOPEZ MESA**

Con Cedula de Ciudadanía No. 42.155.182

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**PEDAGOGIA HUMANA.**

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Armenia, a los doce (12) días del mes de noviembre de dos mil trece (2013)*

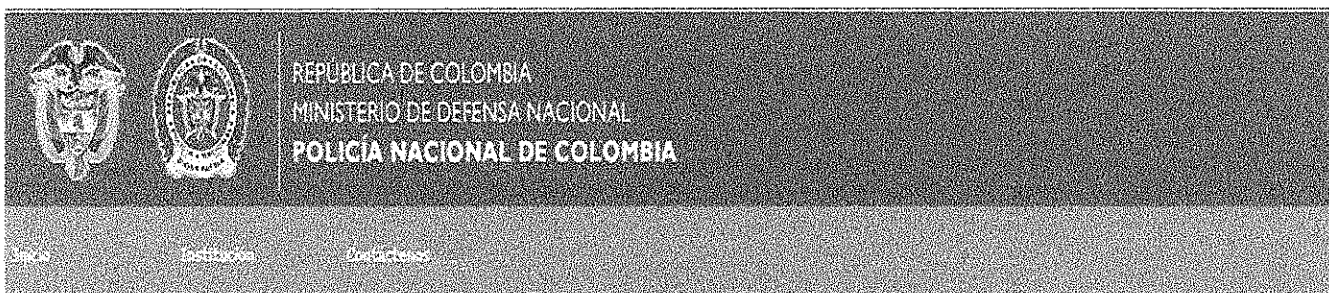
Firmado Digitalmente por  
CARLOS FABIO ALVAREZ ANGEL  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

CARLOS FABIO ALVAREZ ANGEL  
SUBDIRECTOR DE CENTRO  
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO  
REGIONAL QUINDÍO

16328276 - 12/11/2013  
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 953800615092CC42155182C.





### Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 23/01/2018 a las 18:41:22 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 42155182 y Nombres: LOPEZ MESA CLAUDIA MARCELA

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

[Volver al Inicio](#)

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS  
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 23 de enero de 2018, a las 18:38:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	42155182
Código de Verificación	42155182180123183823

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



DIRECCIÓN : CALLE 20 # 5 - 07 CONS. 101 EDIFICIO CENTRO MEDICO  
PBX : 3332786 CELULAR : 3104174695

Datos de paciente



ORDEN	77-2312018		
NOMBRE	CLAUDIA MARCELA LOPEZ MESA	EDAD	34 AÑOS
IDENTIFICACION	CC 42155182	SEXO	FEMENINO
ENTIDAD	PARTICULAR	ENTIDAD BENEFICIARIA	
FECHA DE ATENCION	23/01/2018	FECHA DE IMPRESION	23-1-2018

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN: INGRESO  
ENFASIS ESPECIFICO: OSTEOMUSCULAR  
EMPRESA: PARTICULAR  
CARGO: TECNICO ADMINISTRATIVO

CONCEPTO

Ingreso Satisfactorio  
Apto con patología que no limita la labor

EXÁMENES REALIZADOS

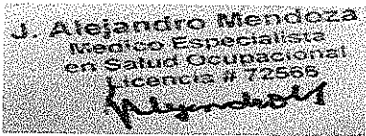
RECOMENDACIONES MÉDICAS

Completar esquema de vacunación de adultos  
Continuar con su EPS plan de manejo por enfermedad de origen común  
ACTIVIDAD FISICA HABITUAL DISMINUCION DE PESO CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE PESO EPS  
CONTROL ANUAL OPTOMETRIA CONTROL ANUAL ODONTOLOGIA CITOLOGIA ANUAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

Capacitar en pausas activas e higiene postural  
Uso de protección personal según labores del cargo  
AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA ANUALES SE INDICA USO DE MEDIAS COMPRESION VENOS INTERMEDIA  
PARA LABORAR REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL REALIZAR DESCANSOS  
VISUALES 15 MINUTOS X CADA 2 HORAS DE EXPOSICION ININTERRUMPIDA A PANTALLAS CONTROL Y  
SEGUIMIENTO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE EMPRESA

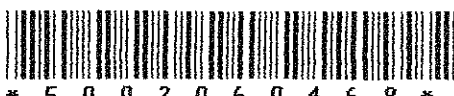
EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994 Y LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO SUTANTIVO DE TRABAJO ARTÍCULO 62 ORDINAL A. PUNTO 1. HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES FIDEDIGNA, CIERTA, VERAZ Y COMPLETA Y QUE A SU VEZ NO HE OMITIDO NINGUN DATO SOBRE MI ESTADO DE SALUD.



Claudia Marcela L. Mesa

Profesional Que realiza La Atención  
Jorge Alejandro Mendoza  
Reg. Médico LPSSO: L.S.O 72566

Firma del trabajador  
C.C No. 42155182



\* 5 0 0 2 0 6 0 4 6 8 \*

No. DE RADICACIÓN

5002060468

Fecha de Radicación

24/01/2018

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	

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

6. Apellidos y nombres Lopez Mesa Claudio Marcela		7. Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>		8. Número del documento de identidad 42155182		9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 13/11/1983	
--	--	--	--	---	--	--	--	------------------------------------	--

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>		13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>		14. Grupo de población especial <input type="text"/>	
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL <input type="text"/>		16. Administradora de Pensiones <input type="text"/>		17. Ingreso base de cotización -IBC 781242			
18. Residencia ME L 11		Teléfono Fijo 3152474938		Correo electrónico <input type="text"/>			
Municipio/Distrito <input type="text"/>		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna <input type="text"/>		Departamento <input type="text"/>	

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

### Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre		20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		21. Número del documento de identidad <input type="text"/>		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento <input type="text"/>	
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

### Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

### 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)	
CUBA DOQUEBRADOS		000 DOQUEBRADOS	
B			
B			
B			
B			
B			

## 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)	
Claudia Marcela		<input type="checkbox"/>		4215582			
39. Ubicación ME L 11 Dirección		3152474938 Teléfono		D/DO- Correo electrónico		D/DO Municipio/Distrito Departamento	

COPIA APORTANTE

F385-RVA V.1.1-2016



\* 5 0 0 2 0 6 0 4 6 8 \*

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  
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen  
☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Apellido <u>Lopez</u>		Segundo apellido <u>Mesa</u>		Primer nombre <u>Claudia</u>		Segundo nombre <u>Marcelo</u>	
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>	<u>42155182</u>	Sexo	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	<u>6/6/1983</u>		
42. Fecha <u>24/01/2018</u>							
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados 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

<u>Claudia Marcela Mesa</u> 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
---	--

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación					
Primer apellido <input type="text"/>		Segundo apellido <input type="text"/>		Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario			
Número del documento de identidad <input type="text"/>					

OBSERVACIONES:

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

COPIA APORTANTE

F385-RVA V.1.1-2016

VEICULADO SUPERINTENDENCIA

FORTYCO S.A. NIT 800.010.482-8 TEL 0224 50 99

**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**

**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **CLAUDIA MARCELA LOPEZ MESA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **42.155.182** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 0013-0703-00-0200653543** aperturada el **16 de marzo del 2017**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **24 días** del mes de **enero** del año **2018**.

**Firma autográfica**

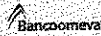


Responsable servicio al cliente  
**BBVA Colombia**

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	42155182
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	PEREIRA DEPARTAMENTO:	CLAUDIA MARCELA LOPEZ MESA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MZ 1 CS 11 TELEFONO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	3333333
TIPO APORTANTE:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	ÚNICO	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4200109606	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN
SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:
JE MORA:	2	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/01/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		8012433441

LIQUIDACION GENERAL				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSION					
ADMINISTRADORA					
NIT	CODIGO	NOMBRE			
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 29.300
SUBTOTAL					\$ 29.300
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CODIGO	NOMBRE			
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL		1	\$ 22.900
SUBTOTAL					\$ 22.900

TOTAL PAGADO: \$ 52.200

Planilla Pagada

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 469 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LOPEZ		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) MEZA		NOMBRES CLAUDIA MARCELA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 42155182			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO D.M					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 13 MES 11 AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Risaralda MUNICIPIO PEREIRA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA mz 1 casa 11 villa de marcos PAÍS Colombia DEPTO Risaralda MUNICIPIO DOSQUEBRADAS TELÉFONO 3158492 EMAIL rhmarce4@live.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 BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: bachiller academico	
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA				FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2000

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 ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	5	X		LICENCIATURA EN PEDAGOGIA INFANTIL	05	2007	no

ESPECÍFIQUE 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		

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





SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 300051979

				Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.	
I. TRÁMITE					
TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA		26/01/2018 9:28:39		
Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994					
II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE					
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL	
NI	891480030	MUNICIPIO DE PEREIRA	KR 7 18 55 CENTRO	1072627	
III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERA SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE					
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO	
58	EMPRESAS DEDICADAS A CONSULTORIA EN PROG		1722001	1	
DIRECCIÓN			MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	
CRA 7 # 18-55			PEREIRA	Risaralda	
IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR					
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
CC	42155182	LOPEZ		MESA	
NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN RESIDENCIA	
CLAUDIA MARCELA		13/11/1983		manzana 1 casa 11 villa de marcos	
CIUDAD DE RESIDENCIA		TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
DOS QUEBRADAS		3158492	3152474938	marce4@live.com	F
EPS	CÓDIGO	AFP		CÓDIGO	
Salud Total S.A. E.P.S.	2	Colpensiones		2	
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN			FECHA INICIO COBERTURA		VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado			27/1/2018		9924000
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO		FECHA TERMINACIÓN CONTRATO		SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	26/1/2018		25/7/2018		NO
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL		IBC		
0	1654000		781242		
TIPO DE COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD				
Independiente	Voluntario				
ACTIVIDAD A DESARROLLAR			CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR	
SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS TELECOMUN			3642601	3	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 26/01/2018 9:28:39. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.