Escritorio ↦ **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

Id de página:: 14005969 Ayuda

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- **Administración de usuarios**
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Datos guardados

Últimas modificaciones | Todos los usuarios | Activo | Seleccione | Crear

Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario		
HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ	h_alexa07@hotmail.com	58 minutos de tiempo transcurrido *(01/08/2018 10:44:41 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	12 minutos de tiempo transcurrido *(01/08/2018 11:30:47 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Activo	Editar	Detalle

OPCIONES
- Crear usuarios
- Aceptar acceso
- Rechazar acceso
- Cancelar acceso
- Revertir rechazo del acceso

VER
- Últimas modificaciones
- Todos
- Usuarios activos
- Usuarios inactivos
- Accesos pendientes

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ROZO	SUAREZ	HELLEN ALEXANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.019.048.189

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 10 MES 07 AÑO 1990

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÀ

MUNICIPIO: BOGOTÀ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CRA 59 # 94B - 41

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTÀ

MUNICIPIO: BOGOTÀ

TELÉFONO: 3147985017 EMAIL: h_alexa07@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2007

EDUCACION 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PRESENCIAL	10	X		ODONTÓLOGO	06	2014	
PRESENCIAL	2	X		ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA	03	2016	
VIRTUAL	2	X		ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD	08	2017	

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

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

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*
ORGANIZACIÓN PARA LA EXCELENCIA DE LA SALUD		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	oes@oes.org.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6161794 - 311 243 6298	DÍA 26 MES 06 AÑO 2016	DÍA 26 MES 06 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO COORDINACIÓN DE PACIENTES INTERNACIONALES	COORDINACIÓN	CRA. 11A No. 94 – 76 Of. 201

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CITYDENT		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	servicioalcliente@citydent.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4931000	DÍA 01 MES 08 AÑO 2014	DÍA 15 MES 02 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ODONTOLOGA GENERAL	SALUD	Cra. 13 57 39

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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.

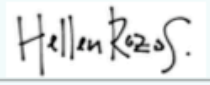
OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento BOGOTÀ, 01/08/2018



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

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HELLEN ALEXANDRA ROZO SUÁREZ

IDENTIFICADO CON : 1 C.C. [x] C.E. [2] OTRO [3] No. 1.019.048.189 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : BOGOTÁ

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
CRA 59 # 94 B -41	314 798 5017

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIA

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MARIA ELENA SUÁREZ DE ROZO	41.452.049	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [x], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], 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	$ 21.600.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$ 21.600.000

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	22671577756	EXITO COUNTRY	$1.1000.000

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 [x] NO [ ] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nº
JOSE LEONARDO OMAÑA CORTES	C.C. [x] C.E. [ ] OTRO [ ]	1.020.774.468

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

3. FIRMA

Hellen Rozo S.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

BOGOTA, 01/08/2018

CIUDAD Y FECHA

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE:

HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.019.048.189 EXPEDIDA EN BOGOTA D.C.

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ODONTÓLOGO

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 22 DE JULIO DE 2014

RECTOR

PRESIDENTE DE EL CLAUSTRO

PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO

DECANO

SECRETARIO GENERAL

Personería Jurídica Resolución No. 11153 del 4 de agosto de 1978 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

10672

Registro 10852 Folio 631

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE:

HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.019.048.189 EXPEDIDA EN BOGOTA D.C.

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 03 DE MARZO DE 2016

RECTOR

DIRECTOR DE POSTGRADOS

PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

Personería jurídica Resolución No. 11722 del 4 de agosto de 1978 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

14032

Registro 14068 Folio 836

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

HELLEN ALEXANDRA ROZO SUÁREZ

C.C. No. 1.019.048.189 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., 08 de septiembre de 2017

Rector

Secretario General

Decano

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 25 de junio del año 2014, según consta en el Acta No. 1040 y Acuerdo No. 12684 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ
C.C. 1.019.048.189 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ODONTÓLOGO

En ceremonia solemne del día 22 de julio del año 2014, se le hace entrega del diploma No.10672, el cual aparece registrado con el No. 10852, al folio 631 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2014.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los veintidós (22) días del mes de julio del año dos mil catorce (2014).

RAFAEL SÁNCHEZ PARÍS
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

No. 105006

SR

NOTARÍA 69 DE BOGOTÁ

AUTENTICACIÓN CON FIRMA REGISTRADA

El (La) suscrito (a) Notario (a) certifica que la firma de:

SANCHEZ PARIS RAFAEL ANTONIO

con C.C. No. 80410714
que aparece en el presente documento, corresponde a la que se encuentra registrada en ésta Notaría. Previa confrontación de las dos.

Bogotá D.C. 22/07/2014 a las 07:36:42 a.m.

Verifique en
www.notariaenlinea.com
5X69XHDWG7V3V8B7

SR
María Inés Pantoja Ponce
Notaria 69 Bogotá D.C.
rwe2wf2eccwfcw2e

SR

NOTARÍA 69 DE BOGOTÁ

AUTENTICACIÓN CON FIRMA REGISTRADA

El (La) suscrito (a) Notario (a) certifica que la firma de:

RODRIGUEZ BUITRAGO LUIS ARTURO

con C.C. No. 19358945
que aparece en el presente documento, corresponde a la que se encuentra registrada en ésta Notaría. Previa confrontación de las dos.

Bogotá D.C. 22/07/2014 a las 07:38:39 a.m.

Verifique en
www.notariaenlinea.com
0350L964JAN3GI5S

SR
María Inés Pantoja Ponce
Notaria 69 Bogotá D.C.
xvwc3v2css1es1x2

SR

NOTARÍA 69 DE BOGOTÁ

AUTENTICACIÓN FIRMA REGISTRADA

El (La) suscrito (a) Notario (a) certifica que la firma de:

SANCHEZ PARIS RAFAEL ANTONIO

con C.C. No. 80410714
que aparece en el presente documento, corresponde a la que se encuentra registrada en ésta Notaría. Previa confrontación de las dos.

Bogotá D.C. 03/03/2016 a las 08:33:17 a.m.
Art. 73 Decreto 960/1970

Verifique en
www.notariaenlinea.com
Q8DC9H0V8IT36VGY

SR
Lina Maria Parra Remolina
Notaria 69 (E) Bogotá D.C.
utygt7gyt6t6btgn

ER

NOTARÍA 69 DE BOGOTÁ

AUTENTICACIÓN FIRMA REGISTRADA

El (La) suscrito (a) Notario (a) certifica que la firma de:

RODRIGUEZ BUITRAGO LUIS ARTURO

con C.C. No. 19358945
que aparece en el presente documento, corresponde a la que se encuentra registrada en ésta Notaría. Previa confrontación de las dos.

Bogotá D.C. 03/03/2016 a las 08:32:43 a.m.
Art. 73 Decreto 960/1970

Verifique en
www.notariaenlinea.com
ZFZMY8VAXXLBP6LO

ER
Lina Maria Parra Remolina
Notaria 69 (E) Bogotá D.C.
cbev4b3v2e2ed2cf

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 17 de febrero del año 2016, según consta en el Acta No. 1080 y Acuerdo No. 13784 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ
C.C. 1.019.048.189 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

En ceremonia solemne del día 03 de marzo del año 2016, se le hace entrega del diploma No.14032, el cual aparece registrado con el No. 14568, al folio 836 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2016.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los tres (03) días del mes de marzo del año dos mil dieciséis (2016).

RAFAEL SÁNCHEZ PARÍS
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

Personería Jurídica Resolución No. 11153 de 1978 Ministerio de Educación Nacional

Carrera 7 b bis No. 132 - 11, PBX (571)648 90 00 Fax 6252030
www.unbosque.edu.co Bogotá - Colombia

No. 120321

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

ACTA DE GRADO 815

En Bogotá D.C., el 8 de septiembre de 2017 a las 13:00 horas, convocados por Resolución Nacional 062 del 04 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga, para presidir la ceremonia de grado de **HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ** con cédula de ciudadanía número 1019048189 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante acuerdo 006 del 15 de abril de 1996 y 038 del 27 de agosto de 2013. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 150, número 53342.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
GLADYS ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 8 de septiembre de 2017.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaria General

Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga
Secretaria General (E)

OES
Organización para la Excelencia de la Salud

Universidad del Rosario

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y EDUCACIÓN CONTINUA

Otorgan el presente

Diploma a

HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ

No. 1019048189

Por su participación en el ***DIPLOMADO EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE***, realizado entre el 6 de febrero y el 23 de mayo de dos mil dieciocho (2018), con una intensidad de ciento cuarenta (140) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los veintitrés (23) días del mes de mayo de dos mil dieciocho (2018).

TERESA TONO
Directora Ejecutiva
Organización para la Excelencia de la Salud

CAROL VANEGAS SALINAS
Gerente
Educación Continua

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO H
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895
Vigilada por el Ministerio de Educación Nacional

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.019.048.189

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintitres (23) días del mes de diciembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
SANTIAGO JULIO CAMACHO PEÑA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

SANTIAGO JULIO CAMACHO PEÑA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE MATERIALES Y ENSAYOS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

25238263 - 23/12/2014
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 921500885505CC1019048189C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.019.048.189

Cursó y aprobó la acción de Formación

INDICADORES DE GESTION

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Tunja, a los ocho (8) días del mes de mayo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
DAGOBERTO JUAN BERDUGO HERNANDEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

DAGOBERTO JUAN BERDUGO HERNANDEZ
SUBDIRECTOR
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL
REGIONAL BOYACÁ

51650118 - 08/05/2018
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 9305001659838CC1019048189C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.019.048.189

Cursó y aprobó la acción de Formación

ESTRATEGIAS Y MEDIOS PARA EL APRENDIZAJE DE LA TECNOLOGIA

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Girardot, a los veintiocho (28) días del mes de enero de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

29732308 - 28/01/2016
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 9511001021212CC1019048189C.

E&K
Training and Recruitment



Training Certificate

In honour of your performance and dedication we gladly award

HELLEN ROZO SUAREZ

With this Certificate in recognition of completion and having fulfilled all requirements with a total of 3 CPD hours of:

Cardio Pulmonary Resuscitation Basic Life Support Skills Qualification

Awarded on: Wednesday 07th March 2012

This unit accreditation is valid for twelve months from the achievement date

Accountable Persons

Graham Harris (Trainer)

In Association with
FAA
FIRST AID AWARDS LTD

E & K Training and Recruitment (Representative)

IN ASSOCIATION WITH
nuco training

Signed and approved by E&K Training and Recruitment Limited
Dephna House 24-26 Arcadia Avenue, London, N3 2JU
Tel: 02083497299
Registered no. 7556064

Federación Odontológica Colombiana
Seccional Bogotá y Cundinamarca

Certifica que

ROZO SUAREZ HELLEN ALEXANDRA
C.C. 1.019.048.189 de Bogotá

Asistió al ***Curso de Protección Radiológica****, los días 13 y 14 de Septiembre de 2014, con una intensidad de 30 horas académicas; para dar cumplimiento a la Resolución 9031 de 1990 de Ministerio de Salud*

Bogotá D.C., 14 de Septiembre de 2014

JORGE ISAAC CORREDOR TORRES
Presidente

HECTOR GUSTAVO BARRETO OLMOS
Físico Radiológico
Licencia Ministerio de Protección Social 0636/2000

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

Universitat Internacional de Catalunya

LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA Y LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO A

HELLEN ROZO

CC 1.019.048.189

Quien asistió al

V CONGRESO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA
UNIVERSIDAD EL BOSQUE 2012
Nuevos Enfoques de la Odontología en el Mundo- Encuentro de Egresados

Bogotá D.C., 11 y 12 de Mayo de 2012

Dr. Luis Giner Tarrida	**Dra. María Clara Rangel**	**Dra. Martha LiLiana Gomez**	**Dra. María del Rosario Bozón G**
Decano Facultad de Odontología Universitat de Catalunya	Decana Facultad de Odontología Universidad El Bosque	Directora V Congreso Internacional de Odontología Universidad El Bosque	Directora División Educación Continuada Universidad El Bosque

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

La Facultad de Odontología

OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO A:

HELEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ

POR MEJOR PROMEDIO EN VII SEMESTRE
2011-2

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Bogotá D.C. Enero 19 de 2012

María Clara Rangel Galvis
Decana Facultad de Odontología
Universidad El Bosque



Simposio Internacional de Caries

Certificado de Asistencia

HELLEN ROZO

Moderadora
Profesora Stefania Martignon (Directora UNICA - Universidad el Bosque)
Realizado en Bogotá, Colombia. 13 de abril de 2013

Prof. Nigel Pitts, PhD
Director Dental Innovation and Translation Centre, King's College, London UK

Prof. Jaime E. Castellanos, PhD
Profesor Catedrático Titular, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

Dr. Armando E. Soto, MP
Profesor Asociado, Indiana University School of Dentistry, Indianapolis, USA

UNICA
Unidad de Investigación en Caries
Universidad El Bosque

IADR
International Association for Dental Research
División Colombia

Con el apoyo de
Colgate

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hace constar que:

HELEN ALEXANDRA ROZO SUÁREZ

Cursó y aprobó

Jornada de Actualización En Diseño De Sonrisa:
Arte Y Ciencia En La Odontología Estética Contemporánea

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., 4 de noviembre de 2011
Intensidad horaria 5 horas

Dr. Andrés Pauwels Tumiñan
Jefe Departamento Salud Oral

Dr. Mónica González
Conferencista

Dr. Rosevelt Fajardo. M.D.
Director División de Educación

Dra. Lina Celis Sánchez
Rehabilitadora Oral Departamento Salud Oral

Bogotá D.C

Señores:

Universidad El Bosque

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Hellen Alexandra Rozo Suárez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Odontologa

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1.019.048.189

Dirección de contacto: Cra. 59 # 94b - 41

Teléfono: 314 798 5017

Bogotá D.C

Señores:

Universidad El Bosque

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Hellen Alexandra Rozo Suárez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Especialista en Docencia Universitaria

Cordialmente;

Firma



No. de documento: 1.019.048.189

Dirección de contacto: Cra. 59 # 94b - 41

Teléfono: 314 798 5017

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Área Andina

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Hellen Alexandra Rozo Suárez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Especialista en Auditoria en Salud

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1.019.048.189

Dirección de contacto: Cra. 59 # 94b - 41

Teléfono: 314 798 5017

A QUIEN CORRESPONDA

Certificamos que el (la) Doctor (a) **HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1019048189 de Bogotá ha mantenido relación contractual con la empresa así:

- A partir del 26 de Agosto del 2014 se vinculó mediante Contrato de Mandato Civil como **ODONTOLOGA GENERAL** recaudándole de los pacientes el valor que le corresponde por los procedimientos Odontológicos realizados por el (la) doctor(a) en nuestras clínicas.

A través de esta modalidad ha recibido ingresos mensuales promedio aproximado de Un Millon Doscientos Mil Pesos ($1,200,000) M/cte. Según la demanda de pacientes y la disponibilidad ofrecida por el(la) doctor(a).

Sin otro particular se expide la presente certificación en Bogotá DC., a los 04 días del mes de Junio del 2015 a solicitud del interesado.

Cordialmente,

GRUPO EMPRESARIAL
P & P SAS
NIT 900.170.425-1
PBX: 493 1000

Dra. MARÍA FERNANDA FERRO SAENZ
Contratación Prácticas Asistenciales
Grupo Empresarial P&P SAS
Tel. 7433880 Ex. 107

OES
Organización para la Excelencia de la Salud

LA SUSCRITA COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA ORGANIZACIÓN PARA LA EXCELENCIA DE LA SALUD

HACE CONSTAR:

Que **HELLEN ALEXANDRA ROZO SUÁREZ** identificada con cédula de ciudadanía N° 1.019.048.189 de Bogotá, tiene con nuestra entidad el Contrato de Prestación de Servicios CPS09-2017, cuyo objeto es "Apoyar la coordinación de pacientes internacionales en el marco del proyecto "Acompañamiento UO-AZV (Aruba)" en el horario de 1:00 p.m. a 6:00 p.m". El valor del contrato es de VEINTE MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL PESOS MCTE. ($20'304.000,oo) y la duración de la prestación del servicio fue desde el 23 de Junio de 2017 y hasta el 22 de Junio de 2018.

Durante este periodo demostró ser una persona responsable, honesta, eficiente y trabajadora, por tanto doy recomendación para cualquier empresa y allí pueda ocupar actividades relacionadas con sus estudios.

La presente se expide en Bogotá D.C. a los veintiún (21) días del mes de Junio de dos mil diez y ocho (2018).

SILVIA N. GARCÍA CASTAÑO
Coordinadora Administrativa

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.048.189

ROZO SUAREZ

APELLIDOS

HELLEN ALEXANDRA

NOMBRES

Hellen Rozo S

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-JUL-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00083802-F-1019048189-20080930 0003873547A 1 28649731

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14475949725

(415)7707212489981(8020) 000001447594972 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1019048189 — 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 32

14. Buzón electrónico:

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: 13	1019048189	2008 07 15

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROZO	SUAREZ	HELLEN	ALEXANDRA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: — 37. Sigla:

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 59 94 B 41

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
h_alexa07@hotmail.com		3147985017	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal: 46. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria: 48. Código	49. Fecha inicio actividad	Otras actividades: 50. Código 1	2
8622	2008 11 20				

Ocupación: 51. Código: — 52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	20																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2018 08 02

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

Helen Rozo S.

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

984. Nombre: RODRIGUEZ NEIRA ROCIO
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 02-08-2018 11:04:33AM

DOCUMENTO SIN COSTO
COPIA CERTIFICADO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 02-08-2018
Hora: 11:16:02 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1019048189-0 HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ

Información General

Dirección CR 59 94 B 41

Teléfonos 3147985017

Dirección electrónica H_ALEXA07@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 15/08/2014

Soporte Inscripción 16275150

Fecha Inicio Actividades 20/11/2008

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86221-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SAL

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

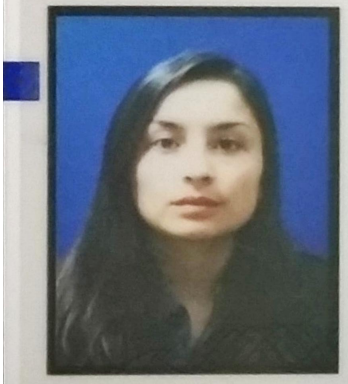
Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18003082493

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

HELLEN ALEXANDRA
ROZO SUAREZ

C.C. 1019048189

ODONTOLOGO(A)

Expedicion 17/10/2014



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **9424** *de* **03/09/2014**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ROZO SUAREZ HELLEN ALEXANDRA Identificado(a) con CC número 1019048189 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ODONTOLOGO(A), según título que le otorgó LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE el día 22/07/2014, acta de grado Nro. 1040, Diploma Nro. 10672 y registrado en el libro 10852 Folio 631 año 2014.

Que de conformidad con la Resolución 1058 de 2010, Resolución No 274 del 09 de diciembre de 2011 y 566 de 16 del marzo de 2012, del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, por medio de la cual autoriza la realización del sorteo de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 22/07/2014.

Que el(la) señor(a)ROZO SUAREZ HELLEN ALEXANDRA ,no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ODONTOLOGO(A).

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 ROZO SUAREZ HELLEN ALEXANDRA identificado(a) con CC número 1019048189 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de ODONTOLOGO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **03/09/2014**

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Aprobó : Isabel Cristina Artunduaga
Reviso : Esperanza Fraile G. / Carmen Rosa Gallego
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 17/10/14
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Hellen Rozo Suarez
CC. #. 1019048189
Firma Hellen Rozo S.

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1019048189

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1019048189	HELLEN	ALEXANDRA	ROZO	SUAREZ	Ver

Información Detallada [CC: 1019048189] HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Odontología	2014/9/03	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Bogotá D.C

01 de Agosto 2018

Yo, Hellen Alexandra Rozo Suárez confirmo que ya solicité al Tribunal de Etica Odontologica los ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS, y estoy a la espera del envio de estos. Tan pronto sea radicado el documento, lo enviare a ustedes.

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 1.019.048.189

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989

FRXX

TNEO-01165 -2018

LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

HACE CONSTAR:

Que la persona identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.019.048.189 NO REGISTRA ANTECEDENTES por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día 02 de agosto de 2018 a las 09:09 am.

Esta constancia NO acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 2003 de 2014, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación coincida con el aquí registrado.

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA
SECRETARIA
ABOGADA

EDDY MERCEDES TAPIAS ARENAS
Abogada Secretaria

Proyectó/Elaboró: Jennifer Bravo
Aprobó: Eddy Mercedes Tapias Arenas
Anexos: N/A

compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CALLE 134

No INGRESO: 296549
No ORDEN: 201405052976

Paciente: HELLEN ALEXANDR ROZO SUAREZ
Historia: 1019048189

Edad: 23 Años
Género: Femenino
Teléfono: 3147985017-0

Medico: OTROS PRESTADORES DE SALUD

Fecha Hora Ingreso: 2014-05-05 08:11
Fecha de impresion: 2014-05-05 18:09

Servicio: CONSULTA EXTERNA
Cama:

Examen		Intervalo Biológico de Referencia
INMUNOLOGIA		
Ac HEPATITIS B SUPERFICIE		
Resultado:	* Mayor de 1000 UI/L	0.00 - 9.99 No Reactivo: Menor de 10.0 UI/L. Reactivo: Mayor o Igual a 10.0 UI/L.

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Bacteriólogo: DIANA MILENA PEDRAZA SANCHEZ. Tp: 52794382

ROZO SUAREZ HELLEN ALEXANDR Orden: 201405052976

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INTERVENIR SALUD IPS SAS
NIT: 900143900-2

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1019048189-133148

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	02/08/2018 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO		
Paciente:	HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ	**Identificación:**	1019048189		
Género	FEMENINO **Edad:** 28	**Teléfono**		**Móvil:**	3147985017
Fecha Nacimiento:	10/07/1990	**Cargo:**	CONTRATISTA		
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SALUD COLPATRIA S.A.		
Dirección	CRA 59 94 51	**Escolaridad:**	ESPECIALIZACION		
Empresa	PARTICULARES -	**Área:**	No Reporta		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL — USO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO

Observaciones: REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL - INCLUIR EN EL S.V.E. SEGUN MATRIZ DE RIESGOS.

Información de Remisiones

NO

'En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S. para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S. para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.'

ANDRES CAMILO GUTIERREZ CUBILLOS 25964 253703
Médico Especialista en Salud Laboral

HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ 1019048189
Firma y cédula del Paciente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2018-08-03	**CIUDAD:**	BOGOTA D.C	**DEPARTAMENTO:**	BOGOTA D.C

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)											
PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**		
ROZO	SUAREZ	HELLEN	ALEXANDRA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1019048189	BOGOTA D.C	2008-07-15
PASAPORTE	OTRO	C		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	N	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1990-07-10	BOGOTA D.C	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) CASADO X DIVORCIADO(A) UNION LIBRE	0	0	3147985017

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO X	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:	ODONTOLOGA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KRA 59 94B 41	BOGOTA	BOGOTA D.C	COLOMBIA	-

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
h_alexa07@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
-	-	-	-	-

2. DATOS DEL CONYUGE			
PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**
OMAÑA	CORTES	JOSE	LEONARDO

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1020774468	BOGOTA	2010-09-16	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: S X	N	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO		
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	CUAL:	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.....		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA						CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		IVA	SI	NO X	Digitar el codigo del	8622
		NO X		ICA	SI X	NO	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

Página 1

GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR	SI [ ] NO [X]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ] NO [X]

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	RVICIOS [ ]	SALUD [ ]	$ NIT	

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORT [ ] ECNOLOGIA [ ] LIMENTOS [ ] MI CAMENTOS [ ]

OTRA [ ] CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 200.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 800.000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 1.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
JIMENEZ	VASQUEZ	NICOLLE	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
KRA 10 118 08	BOGOTA D.C	AMIGA	3118142429

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	AHORROS	22671577756	ÉXITO COUNTRY	5230163

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [X]

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IN RTACION [ ] EXPOR ION [ ] TRANSFERENCI [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] [ ]

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes d fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación profesión, negocio, etc.):

ODONTOLOGÍA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que l adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorizacion de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Hellen Rozo S.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1019048189
NOMBRES Y APELLIDOS	Rozo Suarez,Hellen Alexandra
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rozo Suarez,Hellen Alexandra, a los 01 días del mes de agosto del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ identificado(a) con C.C No. 1.019.048.189, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 01 de agosto del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado¸ comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. ¸ e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1019048189	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

HELLEN	ALEXANDRA	ROZO	SUAREZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
10/07/1990	BOGOTA	CRA 59 94 B 41	3147985017
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

SANITAS	COLFONDOS	$2.800.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

ODONTOLOGA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
h_alexa07@hotmail.com	3147985017
Correo Electrónico	Celular
Hellen Rozo S.	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 113201110

WEB
17:41:20

Bogotá DC, 01 de agosto 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) HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019048189:

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 GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA 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 miércoles 01 de agosto de 2018, a las 17:42:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1019048189
Código de Verificación	1019048189180801174249

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2366442

Bogotá D.C., 1 de Agosto de 2018 - 17:44 pm

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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIECINUEVE MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE**

1019048189

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 figueren 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 comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_VSQ4X_4417
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 17:46:02 horas del 01/08/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1019048189**
Apellidos y Nombres: **ROZO SUAREZ HELLEN ALEXANDRA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Referencia Bancaria

Jueves, 2 de Agosto de 2018

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HELLEN ALEXANDRA ROZO SUAREZ identificado(a) con CC 1019048189, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	22671577756	2011/07/12	ACTIVA

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

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

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

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

Es el momento de todos
Bancolombia