Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste UTC -5 16:27:55

Buscar por proces Menú

Buscar...

## Confirmación de registro de la entidad

Id de página:: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones emis yolima muñoz calvache,

emis yolima muñoz calvache con el NIT 52373835 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

## ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52373835

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

DAVIVIENDA

## A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/09/18
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora EMIS YOLIMA MUNOZ CALVACHE
con Cédula de Ciudadanía número 52373835
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA AHORROS (DAMAS)**

| | |
|---|---|
| Número | 002800062438 |
| Fecha Apertura | 2008/06/24 |

Cordialmente,

DAVIVIENDA
4623 OFICINA CALLE 13 USME

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MUNOZ CALVACHE EMIS YOLIMA** identificado(a) con **CC** número **52.373.835** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de agosto de 1996 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de noviembre de 2017.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Gerencia de productos
**Protección S.A.**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2017112812093

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 11-08-2017
Hora: 2:42:15 PM


**CONTRIBUYENTE** NIT 52373835-2 EMIS YOLIMA MUÑOZ CALVACHE

**Información General**

*Dirección* CL 22 17 49

*Teléfonos* 9068761 3125248392

*Dirección electrónica* emis1978mc@gmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 28/03/2014

*Soporte Inscripción* 16077738

*Fecha Inicio Actividades* 04/03/2008

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y 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 SALUD).

Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 17002142876

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

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**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| 52.373.835 | Aseguradora Bolivar |
|---|---|
| Numero de Documento | ARL |

| Emis | Yolima | Muñoz | Calvache. |
|---|---|---|---|
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |

| 29-JULIO-1978 | Bogotá | Calle 22 # 17-49 | 2004206 |
|---|---|---|---|
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |

| Famisar | Protección | $ 1'500.000 |
|---|---|---|
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| Auxiliar Farmacia | |
|---|---|
| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |

| emis1978mc@gmail.com | 3125248392 |
|---|---|
| Correo Electrónico | Celular |

| Emis Yolima Muñoz Calvache | Firma y Nombre Supervisor del Contrato |
|---|---|
| Firma del Afliado | C.C. 79114264 |

República de Colombia

Libertad y Orden

ceads
Centro de Educación en Administración de Salud

*El Centro de Educación en Administración de Salud*

*CEADS*

*Aprobación Oficial Resolución No. 3554 de Noviembre 10 de 1999*
*Secretaria de Educación*
*Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano*

*Confiere a:*

# Emis Yolima Muñoz Calvache

*Identificado (a) con C.C. 52373835 - Bogotá, D.C.*

*El Certificado de Aptitud Ocupacional como*

# Técnico Laboral en Auxiliar de Droguería

*Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondientes al Programa Auxiliar de Droguería, con una intensidad total de 1.100 horas académicas.*

*En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 19 días del mes de Julio de 2007*

*Director*

*Subdirectora Académica*

La República de Colombia

y en su nombre el

# Instituto de Capacitación para el Trabajo

Resolución 2124 del 7 de Julio de 1999

Teniendo en cuenta que:

## Emis Yolima Muñoz Calvache

C.C. 52.373.835 de Bogotá, D.C. (Usme)

Cursó y aprobó satisfactoriamente los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes, le confiere el título de:

## Bachiller Académico

| | |
|---|---|
| ..... | ..... |
| Directora | Secretaria |

Anotado al folio No. ..... Libro de Registro No. .....

No requiere de registro en la Secretaría de Educación
según Decreto No. 2150 del 5 de Diciembre de 1995

Dado en Bogotá, D.C., el ..... de ..... de .....

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# 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 28 de noviembre de 2017, a las 11:29:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | C.C. |
| No. Identificación | 52.373.835 |
| Código de Verificación | 636666462017 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Digitó y Revisó: Vía Web

Bogotá D.C

Señores:

Campo Alto

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Emis Yolima Muñoz Calvache 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:

Tecnico en Servicios Farmaceutico

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Emis Yolima Muñoz Calvache

No. de documento: 52.373.835

Tarjeta profesional No: 4988 - del 05 - 09 - 2017

Dirección de contacto: Calle 22 #17-49

Teléfono: 3125248392 - 2004206

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.373.835

MUÑOZ CALVACHE
APELLIDOS

EMIS YOLIMA
NOMBRES

Emis Yolima Muñoz C
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-OCT-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500105-47151683-F-0052373835-20060920 03623 06263A 02 214411260

La República de Colonbia
y en su nombre

la Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Complejo Educativo

# CAMPOALTO

Aprobación oficial según
Resolución No. 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaria de Educación Distrital
Resolución No. 030029 del 27 de Septiembre de 2010 de la Secretaria de Educación Distrital

Confiere a:

# MUÑOZ CALVACHE EMIS YOLIMA
# 52373835

El certificado de aptitud ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

## TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:
## AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS

Intensidad Horaria: 1800 horas - 39 créditos académicos

En testimonio de ello firmamos y sellamos en Bogotá D.C., a los 26 días del mes de Noviembre de 2016

Director Académico | Director Administrativo | Coordinador del programa

Diploma No. 59591 Anotado en el libro de Registro de Títulos de CAMPOALTO No. 7 Folio J301 A del 26 de Nov de 2016

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 102268125

WEB
11:27:31


Bogotá DC, 28 de noviembre del 2017

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) EMIS YOLIMA MUÑOZ CALVACHE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52373835:

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.**

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

# *Resolución No* **4988** *de* **09/05/2017**

## *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C*

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MUÑOZ CALVACHE EMIS YOLIMA Identificado(a) con CC número 52373835 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS otorgado por CAMPO ALTO ACESALUD S.A. el día 26/11/2016.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MUÑOZ CALVACHE EMIS YOLIMA identificado(a) con CC número 52373835 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **09/05/2017**

***Original Firmado Por***
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C 11 Agosto- 2017
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Emis Yolima Muñoz Calvache
CC. # 52.373 835
Firma Emis Yolima Muñoz Calvache

Reviso :Sebastián Quiroz L.
Elaboro :Víctor Sánchez

**Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que a la fecha, 28/11/2017 a las 11:26:29 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52373835 y Nombres: MUÑOZ CALVACHE EMIS YOLIMA
**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**



Todos los derechos reservados 2011.

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 1922471**

**Bogotá D.C., 28 de Noviembre de 2017 - 11:44 am**

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**
**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **EMIS YOLIMA MUÑOZ CALVACHE**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO** de BOGOTA

**52373835**

**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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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: 11_6KI5_4311**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

Programas Técnicos Laborales
CAMPOALTO
Inspiramos tu Futuro

# ACTA DE CERTIFICACION

## LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

**LA INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

Complejo Educativo

## CAMPOALTO

**Aprobación oficial según:**
**Resolución No. 110203 del 21 de julio de 2010 de la secretaria de Educación Distrital**
**Resolución No. 030029 del 27 de septiembre de 2010 de la secretaria de Educación Distrital**

Confiere a:

## MUÑOZ CALVACHE EMIS YOLIMA
## 52373835

El Certificado de Aptitud Ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

## TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:
## AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS

**Intensidad Horaria: 1800 horas- 39 Créditos académicos**

En constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá a los 26 días del mes de Noviembre de 2016

**DIRECTOR CAMPOALTO**

**SECRETARIO CAMPOALTO**

Anotado en el Folio No. 130 A del Libro No. 7 de registro 19591

Para ser valido debe tener sello de tinta, sello seco, el numero consecutivo y las firmas autorizadas

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA, D.C.
Secretaría
Salud

# *Resolución No* 11308 *de* 03/12/2007

## *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C*

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

**LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

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

***CONSIDERANDO***

Que el(la) señor(a) MUÑOZ CALVACHE EMIS YOLIMA Identificado(a) con CC número 52373835 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE DROGUERIA otorgado por EL CENTRO DE EDUCACION DE SALUD CEADS el día 19/07/2007 y registrado en el libro XX Folio XX año XX

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 MUÑOZ CALVACHE EMIS YOLIMA identificado(a) con CC número 52373835 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE DROGUERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

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

**NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE**
Dada en Bogotá, D.C. a los 03/12/2007

Original firmado por
ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA

**ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA.**
Directora de Desarrollo de Servicios (E).
Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodriguez

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 14 AGO 2017 | CS-A910-7013 | UPA MARICHUELA |
| | 2 | 14 AGO 2017 | D22888 | UPA MARICHUELA |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 02-06-17 | 02418002 Loc Piedad | |
| | 2 | 18-12-17 | 03439568 5 LTC | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | U | 10-Feb/2010 | clinica Colsubsidi | |
| Contra Influenza | | 14 AGO 2017 | USO21015 | UPA MARICHUELA |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |

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

*Consérvelo*

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

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Emis Yolima. |
| Apellidos: | MUÑOZ CANACHE |
| Documento de identidad: | C.C. X T.I. Pasaporte No 52373835 |
| Fecha de Nacimiento: | Día 29 Mes 07 Año 1978 |

**Cendiatra**
centro de diagnóstico y tratamiento



**DATOS PACIENTE**

| | |
|---|---|
| **Nombres:** | EMIS YOLIMA MUÑOZ CALVACHE |
| **Tipo de Documento:** | CC **Documento** 52373835 |
| **Sexo** F **F. Nacimiento:** | 29/07/1978 **Edad:** 39 Años |
| **Entidad:** | PARTICULAR* |
| **Centro de Costo:** | N/A |
| **Cargo:** | TECNICA FARMACIA |
| **Fecha de Atencion:** | 2017-08-11 |
| **Fecha y Hora entrega resultados:** | 11/08/2017 4.24 PM |

## CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
## Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**Tipo de Restricciones ó Limitaciones:**

NO TIENE

**Recomendaciones:**

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: VALORACIÓN MEDICINA GENERAL DE RUTINA
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA VALORACIÓN POR NUTRICION
OTRAS: PAUSAS ACTIVAS, ALTERNAR POSICIÓN PIE-SENTADO E HIGIENE POSTURAL

**Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica**

NUTRICIONAL

**Exámenes Realizados:**

| | |
|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | VISIOMETRIA |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

**ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):** CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA RM: 86140/10

Emis Yolima Muñoz Calvache

Carlos Eduardo Bernal Sierra
Medico Esp. Gerencia en seguridad y salud en el trabajo - ATLAN

Firma y sello del Médico Evaluador

EMIS YOLIMA MUÑOZ CALVACHE
52373835
C.C
Firma del trabajador Evaluado

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 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14424457191

(415)7707212489984(8020) 000001442445719 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 3 7 3 8 3 5 | 2 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**IDENTIFICACION**

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 5 2 3 7 3 8 3 5 | 1 9 9 6 1 0 0 3 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MUÑOZ | CALVACHE | EMIS | YOLIMA |

Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

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

41. Dirección principal: CL 22 17 49

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| emis1978mc@gmail.com | | 9 0 6 8 7 6 1 | 3 1 2 5 2 4 8 3 9 2 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 6 9 9 | 2 0 0 8 0 3 0 4 | 8 2 9 9 | 2 0 0 8 0 3 0 4 | | |

**Ocupación**

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

| 53. Código: | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COPIA NO CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# 12- Ventas régimen simplificado

**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: 2 0 1 7 0 8 1 1

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MUÑOZ CALVACHE EMIS YOLIMA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

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

## I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### I.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Emis Yolima Muñoz Calvache

IDENTIFICADO CON C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 52.373.835 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá

| DIRECCIÓN | TELÉFONOS |
|---|---|
| Calle 22 # 17 - 49 | 3125248392 |

| MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|
| Bogotá | Cundinamarca | Colombia |

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

| NOMBRE Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Octavio Muñoz Romero | 19.124.069 | Padre |
| Maria miryam Calvache Rengifo | 41.700.909 | madre |
| Laura Tatiana Acero Muñoz | 1.013.676.743 | Hija |
| Ashley Valentina Acero Muñoz | 100.720.0318 | Hijoi |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 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** [X] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ] **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 | 0 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | 0 |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | 0 |
| ARRIENDOS | 0 |
| HONORARIOS | 0 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | 0 |
| TOTAL | 0 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

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

### 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 CÓNYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | No |
|---|---|---|
| Luis Freddy Acero Ramos | C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] | 79.582.376 |

### 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

Emis Yolima Muñoz Calvache
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO

Bogotá 29-NOV-2017.
CIUDAD Y FECHA

EMPLEADOR O CONTRATANTE

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

## INSTITUTO DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO

**CALLE 63 No. 22 - 39**
**TELEFONO: 3146734 - 2102427**
**BOGOTA, D.C.**

INSCRIPCIÓN S.E. 182-94 Dic 6 de 1994 CD ICFES: 079921 INSCRIPCION DANE 511001111407

En la ciudad de Bogotá, D.C a los dieciocho (18) días del mes de Diciembre de 2004, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del **INSTITUTO DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO.** Institución aprobada en el nivel de Educación Básica y Media, autorizada por la Secretaría de Educación, para otorgar el Título de **Bachiller en la Modalidad Académica**, según Resolución No. 2124 del 7 de Julio de 1999.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica y Media Académica, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

***Emis Yolima Muñoz Calvache***

*C.C. 52.373.835 de Bogotá, D.C. (Usme)*

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 39 Folio 54 de fecha Diciembre 18 de 2004, consta de 57 alumnos; comienza con el nombre de ACOSTA TORRES JORGE LUIS y cierra con el nombre ZARATE HERREÑO YEIMY DEL PILAR. Firmada por CONSTANZA CASTILLO DE ARREGOCES (Rectora) y OLGA LUCÍA VÁSQUEZ GAVIRIA (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C., a los dieciocho (18) días del mes de Diciembre de 2004

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, del Gobierno Nacional.

Instituto de Capacitación para el Trabajo

Rector(a)
C.C. 41.793.192 de Bogotá

Instituto de Capacitación para el Trabajo

Secretario (a)
C.C.51.709.997 de Bogotá

A.P.I. IMPRESORES LTDA.

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 |
|---|---|---|
| Muñoz | Calvache | Emis Yolima |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52.373.835

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 29 MES 07 AÑO 1978

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 22 # 17 - 49

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

TELÉFONO 3125248392 EMAIL emis1978mc@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: Bachiller |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | MES 12 AÑO 2004 |
| | | | | | | | | | X | |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T.C | 1.100 h | X | | Tecnico Laboral en Auxiliar de Droguería | 07 | 2007 | 11308 |
| T.C | 1800 h | X | | Tecnico laboral en Servicios farmaceuti | 11 | 2016 | 4988 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| La corporación Hospitalaria Juan Ciudad Mederi | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá | www.mederi.com.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 5600520- | DÍA 08 MES 11 AÑO 2012 | DÍA 02 MES 02 AÑO 2014 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Termino FIJO | Farmacia | Calle 24 # 29-45 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital de Usme. Grupo Laboral-Set-Labora | x | | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá | www.eseusme.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3209026359 - 7660666 | DÍA 26 MES 08 AÑO 2008 | DÍA 29 MES 07 AÑO 2012 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Indefinido | Farmacia | Transversal 2 # 135 - 78 sur |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Clinica Vascular Navarra | | x | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6059999-5239338 | DÍA 11 MES 11 AÑO 2006 | DÍA 16 MES 11 AÑO 2007 |

| 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* | 4 | 72 meses |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 3 | 36 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 7 | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Bogota 29- NOV- 2017

Emis Yolima Muñoz Palvache

*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*

méderi

**LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD**

**NIT 900210981-6**

**CERTIFICA:**

Que la Señora **EMIS YOLIMA MUÑOZ CALVACHE,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nro. **52.373.835**, estuvo vinculado a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** desde el **08 de Noviembre de 2012 hasta 02 de Febrero de 2014**, con un contrato a término Fijo, ocupando el cargo de **AUXILIAR DE FARMACIA** con una asignación mensual $ $ 836.000 Moneda Legal.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 21 de julio de 2016.

*MARITZA CECILIA DUARTE SANDOVAL*
*Gestor de Talento Humano*
Corporación Hospitalaria Juan Ciudad

***Para Confirmar información favor llamar a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad. Talento Humano. Calle 24 No 29-45 Tel: 5600520 ext. 4132***

grupo • laboral
Cooperativa de Trabajo Asociado

**LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA**

**DE GRUPO LABORAL SALUD C.T.A.**

**CERTIFICA**

Que **EMIS YOLIMA MUÑOZ CALVACHE** identificada con Cedula de ciudadanía No. **52.373.835** esta afiliado(a) a esta Cooperativa desde el **VENTISEIS (26) DE AGOSOTO DE 2008 HASTA EL QUINCE (15) DE JUNIO DEL 2009**, prestando sus servicios como **AUX DE FARMACIA** en la unicad de negocios **HOSPITAL DE USME E.S.E.**, con convenio asociativo.

Se expide en Bogotá D.C. a la solicitud del interesado, el día **VENTITRES (23) DE MARZO DE 2010.**

Atentamente;

grupo • laboral
Cooperativa de Trabajo Asociado

**ROSALBA SANTOS MUÑOZ**
**Directora Administrativa**

Carrera 61 No. 100 - 56 Tel: 271 1007 - 271 1004 Telefax 617 6087
e-mail: grupo.laboral@hotmail.com
Bogotá, D.C.

s.e.t LABORAL

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO DE**

**SET LABORAL S.A.S.**

**CERTIFICA**

Que **EMIS YOLIMA MUÑOZ CALVACHE** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **52.373.835** estuvo laborando con nosotros desde el **DIECISEIS (16) DE JUNIO DE 2009 HASTA EL SIETE (7) DE AMRZO DE 2010**, desempeñando el cargo de **AUX DE FARMACIA** en la unidad de negocios **HOSPITAL DE USME E.S.E.**, con un contrato por obra o labor.

Se expide en Bogotá D.C. a la solicitud del interesado, el día **VENTITRES (23) DE MARZO DE 2010.**

Atentamente; SET LABORAL

**G. YANET GOMEZ VALENCIA**
**COORDINADORA DE TALENTO HUMANO**
**SET LABORAL S.A.S**

**EL SUSCRITO**

**SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**

**CERTIFICA**

Que la señora **EMIS YOLIMA MUÑOZ CALVACHE** identificada con cédula de ciudadanía Nº 52.373.835; ha ejecutado los siguientes contratos como **AUXILIAR DE FARMACIA,** bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios; en las fechas que se establecen a continuación:

| | |
|---|---|
| CONTRATO: | Nº 1879-2010 |
| TIEMPO DE EJECUCION: | 1 de septiembre de 2010 al 30 de septiembre de 2010 |
| VALOR DEL CONTRATO: | $950.000 |
| RESOLUCION: | Nº 2074-2010 |
| TIEMPO DE EJECUCION: | 1 de Octubre de 2010 a 31 de Octubre de 2010 |
| VALOR DEL CONTRATO: | $950.000 |
| CONTRATO: | Nº 3288-2010 |
| TIEMPO DE EJECUCION: | 1 de Noviembre de 2010 al 31 de Noviembre de 2010 |
| VALOR DEL CONTRATO: | $950.000 |
| RESOLUCION: | Nº 3685- 2010 |
| TIEMPO DE EJECUCION: | 16 de diciembre de 2010 a 30 de enero de 2011 |
| VALOR DEL CONTRATO: | $1.900.000 |
| RESOLUCION: | Nº 572-2011 |
| TIEMPO DE EJECUCION: | 1 de febrero de 2011 a 31 de mayo de 2011 |
| VALOR DEL CONTRATO: | $3.800.000 |
| CONTRATO: | Nº 1753-2011 |
| TIEMPO DE EJECUCION: | 1 de junio de 2011 al 30 de septiembre de 2011 |
| VALOR DEL CONTRATO: | $3.800.000 |

Nota: Actualmente se encuentra en ejecución.

La anterior se expide a solicitud del interesado a los (19) días del mes de Septiembre de 2011.

**WILLIAM CALDERON MORENO**
**SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**
**HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E.**

Elaboro: Patricia E. PS

# CLINICA VASCULAR NAVARRA

NIT. 800.247.537-6

***LA CLINICA VASCULAR NAVARRA***

***HACE CONSTAR QUE :***

La señora **EMIS YOLIMA MUÑOZ,** identificada con la cédula de ciudadanía No 52.373.835 de Bogotá, realizó vacaciones en las siguientes fechas, desde el 11 de Noviembre de 2006 hasta el 13 de Noviembre de 2006 y desde el 16 de Noviembre de 2007 hasta el 22 de Noviembre de 2007 desempeñándose como **AUXILIAR DE FARMACIA.**

La presente se expide a los 09 días del mes de Junio de 2008.

Atentamente,

**ADRIANA ACOSTA RIVERA**
Jefe Recursos Humanos

**NOTA:** Por razones de seguridad sugerimos al usuario de esta constancia verificar su contenido y procedencia.

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:** FT-CA-FT- 011
**VERSIÓN:** 02
**FECHA:** 2017-08-22

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

| FECHA: | 2018-02-05 | CIUDAD: | Bogota | DEPARTAMENTO: | Cundinamarca |
|---|---|---|---|---|---|

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 | SERVIDOR PUBLICO | OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | |

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Muñoz | Calvache | Emis | Yolima | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 52 373 835 | Bogota | 1996-10-03 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ | | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1978-07-22 | Bogota | Colombia | Colombiana |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ | 2 | 2 | 3125248392 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | TECNOLOGO ☐ | BACHILLER ☐ | OTRO ☐ | PRIMARIA ☐ | TECNICO ☒ | CUAL: | servicios farmaceuticos |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| calle 22 # 17-49 | Bogota | Cundinamarca | Colombia | 2004206 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| emis1978mc@gmail.com | | PROPIA ☐ | FAMILIAR ☐ | ARRENDADA ☒ |

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

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Acero | Ramos | Luis | Freddy |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 79 582 376 | Bogota | 1978-07-22 | |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO ☐ ☐ | | NACIONALIDAD: | colombiano |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO ☐ | ESTUDIANTE ☐ | HOGAR ☐ | PENSIONADO ☐ | CUAL: | 8699 |
| SOCIO ☐ | CONTRATISTA ☒ | COMERCIANTE ☐ | EMPLEADO PUBLICO ☐ | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ | EMPLEADO SOCIO ☐ | | OTRA. . . . . ☐ | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | IVA | | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☐ | | SI ☐ | NO ☒ | | |
| | | NO ☒ | ICA | SI ☐ | NO ☒ | PRINCIPAL: ☐ | SECUNDARIA: ☐ |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | AGENTE RETENEDOR | | AGENTE AUTORETENEDOR | |
|---|---|---|---|---|---|
| SI ☐ | NO ☐ | | SI ☐ NO ☐ | | SI ☐ NO ☐ |

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

| 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 | | # NIT | |
|---|---|---|---|

GOBIERNO [ ] SERVICIOS [ ] LUD [ ]
EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL:

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

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | |

**6. REFERENCIAS PERSONALES**
( No debe ser familiar al vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Porras | Chavarria | Nasly | Macnoris |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| carrera 1a#73-27 sur | Bogota | Amiga | 312 385 9563 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [ ]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS EXTRANJERA [ ] 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 de 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.):

tecnico en servicios farmaceuticos

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi 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 dias 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 dias 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 ) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comercíantes)
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 Superintendencia 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 articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien 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 prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que 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 , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud 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 estadisticos.
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 Titulo 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

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

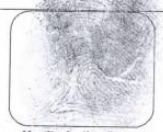
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**

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

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

Emis Yolima Muñoz Calvache

**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: | | |

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

*06 1660588*

Fecha de Radicación D D M M A A A A

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Muñoz | Calvache | Emis | Yolima |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 52.373.835 | Femenino [X] Masculino [ ] | 29 07 1978 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad (Tipo F N M, Condición T P) | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Protección |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia: Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular |
|---|---|---|---|
| 781 242 | Karrera 1a # 73-27 Sur | 2004206 | 3125248392 |

| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona (Urbana / Rural) | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| emis1978mc@gmail.com | Bogotá | Urbana [X] Rural [ ] | 5 | Cundinamarca |

## 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 | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A |

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

| 24. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento | Datos complementarios: 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B2 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B3 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B4 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B5 | | | | | D D M M A A A A | | |

| | 31. Discapacidad: Tipo F | N | M | Condición T | P | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona Urbana | Zona 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) |
|---|---|---|
| C | | |
| 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) |
|---|---|---|---|
| Emis Yolima Muñoz Calvache | CC | 52.373.835 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono fijo y/o celular | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| Karrera 1a # 73-27 Sur | 3125248392 | emis1978mc@gmail.com | Bogotá | Cundinamarca |

## 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 [X] 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: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
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. [X]
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. [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
|---|---|
| Emis Yolima Muñoz Calvache. | |

## 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. Copia del 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 | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | |

71. Firma del funcionario

Famisanar -2 FEB. 2018 INTEGRAL

VIGILADO Supersalud

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.

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

IMPRESO POR FANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110
07/2016