ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.				
	LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS		CO-OPS-FT-07 V1		

N°	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	APLICA	NO APLICA
1	Fotocopia del documento de identidad	Cedula de ciudadania				
		Cedula de Extranjeria				
2	Formato de Hoja de Vida Función Publica	Completamente diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)				
3	Formato de declaración bienes y rentas	Completamente diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)				
4	Diplomas y actas de grado	Diploma de Bachiller para auxiliares				
		Diploma de Bachiller para tecnicos				
		Diploma de Bachiller tecnólogos				
		Diploma y acta de grado de pregrado de acuerdo a la especialidad				
		Diploma y acta de grado de postgrado de acuerdo a la especialidad				
5	Certificado de estudios adicionales	Cursos, seminarios, diplomados, entrenamientos especificos, etc.				
6	Certificado de experiencia laboral	Los certificados anexos deben ser los mencionados en la Hoja de vida Función Publica				
7	Fotocopia de la tarjeta profesional SDS - ANEC - COPNIA - Colegios Profesionales (Medico, Bacteriólogo, Fisioterapeutas, Quimicos Farmacéutico, Psicólogo (a), etc.	Tarjeta profesional y/o certificado de inscripción del ente regulador y de control y/o RETHUS conforme a la ley 1164 y la Resolución 3030 de 2014				
8	Libreta Militar	Hombres hasta 50 años				
		Jóvenes . Plazo de 18 meses para traer la libreta, una vez inicie contrato				
9	Antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales	Personeria ☐ Contraloria ☐				
		Procuraduria ☐ Policia ☐				
10	Antecedentes profesionales en los casos que aplique	Abogados (consejo superior de la Judicatura)				
		Profesionales en Ingenieria o afines (COPNIA)				
11	RUT	Actualizado con la actividad economica relacionada con el objeto contractual				
12	RIT	Actualizado con la actividad economica y relacionado con el objeto contractual que coincida con el RUT				
13	Examen pre ocupacional	Vigente - Decreto 723 de 2013 **(NO SUPERIOR A TRES AÑOS)**				
	Para todo el Personal	General y visiometria ☐				
	Para conductores y auxiliares de mantenimiento	General, visiometria y audiometria ☐				
14	Cursos por Habilitación que debe tenerse vigentes según perfil	**Auxiliares de Enfermeria.-** *Curso soporte vital básico vigente - SVB* ☐				
		Auxiliares de Enfermeria Ambulancia .- Curso de soporte vital avanzado vigente - ACLS y curso APH ☐				
		Auxiliares que realicen actividades de vacunación.- Curso PAI ☐				
		Médicos áreas de urgencias.- Curso de soporte vital avanzado vigente - **ACLS** ☐				
		Enfermeras.- Soporte vital básico vigente - **SVB** ☐				
		Enfermeras áreas de Urgencias.- Soporte vital avanzado vigente - **ACLS** y Curso de Administración de medicamentos ☐				
		Tecnólogo de Radiologia, Auxiliares de Odontologia, Odontólogos y Médicos Radiólogos.- Carnet de radio protección SDS ☐				
		Personal del área de la salud asistencial y administrativo de una institución prestadora de servicios de salud. - *Curso de Código Blanco* Para el correcto proceso en la atención de mujeres victimas de violencia sexual, dando cumplimiento a las exigencias de la norma de habilitación vigente dentro de un marco asistencial y legal. Teniendo como referente el Decreto 1011 de 2006 (SOGC), Resolución 0459 de 2012 y la Resolución 2003 de 2014, la cual obliga a todos los prestadores a tener un protocolo de atención a las mujeres victimas de violencia sexual. ☐				
		Conductores.- Licencia de conducción - constancia de comparendos. Curso de primeros auxilios y primer respondiente ☐				
15	Curso de Alturas	Área de Mantenimiento ☐				
16	Póliza de Responsabilidad civil profesional (valor amparado minimo 100 SMLM)	Perfiles.- Médicos, Médicos Especialistas, Odontólogos, odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermeria, Bacteriólogos, Instrumentador quirúrgico, fisioterapeuta y terapeuta respiratoria- LA GARANTÍA DEBE ESTAR CONSTITUIDA CON CUALQUIER ASEGURADORA QUE AMPARE MÍNIMO 100 SMLMV) - VIGENTE UNA VEZ SUSCRIBA EL CONTRATO				
17	Para el caso de salud mental	Certificado de entrenamiento en salud mental				
18	Certificación de afiliación a seguridad social en salud y/o SOPORTE DE AFILIACIÓN COMO INDEPENDIENTE	EPS ☑				
		ARL ☑				
		AFP ☐				
19	Autorización de verificación de Titulos debidamente firmado	Para todos los perfiles				

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.565.444**
BENAVIDES MUÑOZ
APELLIDOS

LEYDI LORENA
NOMBRES

LORENA BENAVIDES
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-NOV-1989**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

13-DIC-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00108221-F-1030565444-20081023 **0004**707727A 1 25724424

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
BENAVIDES	MUÑOZ	LEIDY LORENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030565444 — SEXO: F (✓) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (✓) EXTRANJERO ( ) — PAÍS:

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 18 MES 11 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA.

MUNICIPIO BOGOTA"

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cll 160 #58-75 APT 203 T 8

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA"

TELÉFONO 3174030770 EMAIL LORENABENJ @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: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2006
									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
UN	8	X		ENFERMERA	07	2013	41547
ES	4	X		AUDITORIA EN SALUD	11	2016	

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*
SUBRED SUR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 13 MES 10 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	NIDAD.	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED SUR	X		COLOMBIA.

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 21 MES 11 AÑO 2016	DÍA 06 MES 10 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESIONAL ENFERMERO	CONSULTA EXTERNA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL JUSTO HERMOSA	X		COLOMBIA.

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 3 MES 08 AÑO 2015	DÍA 31 MES 01 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I COMO ENFERMERA PARA EJECUCION CONTRATO 1188	SUBGERENCIA.	

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)

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
HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 16 MES 12 AÑO 2014	DÍA 24 MES 05 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA JEFE	URGENCIAS	cll 26 - CAN.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL VISTA HERMOSA.	X		COLOMBIA.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 10 MES 09 AÑO 2013	DÍA 09 MES 09 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA SSO	URG - HOSPITALIZACIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA	X		COLOMBIA.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	VILLETA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 07 MES 01 AÑO 2013	DÍA 20 MES 04 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA RURAL	CONSULTA EXT. HOSP. URG.	VILLETA.

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	4	12
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	12.

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 BOGOTÁ 12 | DIC | 2017

LORENA BENAVIDES.

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JEYDI LORENA BERNARDES MUÑOZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1030566444. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

Pais	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA

Dirección	Teléfonos
cll 160 # 55 - 75 APTO 203 T 8	3174030770

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE GILBERTO BERNARDES S		PADRE
ROSA ELENA MUÑOZ GRAJALES	66.708.163	MADRE
EDWARD G. BERNARDES MUÑOZ	1030528719	HERMANO
ANGIE PAOLA BERNARDES MUÑOZ	1030605538	HERMANA
JUAN ESTEBAN RIVERA BERNARDES	1141355255	HIJO

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	28.208.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 28.208.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	462900077689	COLINA	30.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VIVIENDA	APARTAMENTO	165.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
VIVIENDA	ARRIENDO	1'320.000
VIVIENDA	CREDITO VIVIENDA	10.800.000
SALUD, PENSION Y ARL	SEGURIDAD SOCIAL	3'946.000
CELULAR.	MOVISTAR	960.000
PREPAGADA	SANITAS	600.000
CREDITO	ALKOSTO	1'600.000

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

LORENA BALDIVIESO
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA 12/DIC/2017.
CIUDAD Y FECHA

DAFP.GAP

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Alexánder Fleming

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C.,
según Resolución No. 4342 del 12 de Junio de 1998

Confiere a

Leidy Lorena Benavides Muñoz

T.I. 891118-61154 de Bogotá

el Título

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de1994); según los planes y programas vigentes.

Mary Melba Romero Acosta
Mary Melba Romero Acosta
Rectora

Jorge Enrique Gutiérrez Limas
Secretario

A C F COLEGIO ALEXANDER FLEMING

Anotado al folio 09 del libro para Control Interno de Diplomas No 09

Dado en Bogotá D.C., a los 02 días del mes de Diciembre de 2006.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación,
según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995;
de la Presidencia de la República.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO ALEXANDER FLEMING

CRA. 78 K No. 57 H - 22 SUR
TELÉFONO 7803628
BOGOTÁ D.C.

Inscripción S.E. 3733 Inscripción Dane 311001039747

En la Ciudad de Bogotá D.C., a los dos (02) días del mes de Diciembre de 2006, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rectora y Secretario en la Rectoría del **COLEGIO ALEXANDER FLEMING,** Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C., para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO**, según Resolución No. 4342 del 12 de Junio de 1998.

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

Leidy Lorena Benavides Muñoz

T.I. 891118-61154 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº. 09 del 02 de Diciembre de 2006, consta de 14 estudiantes; comienza con el nombre de AYA CELY EDISSON JAVIER y termina con el nombre de ZAMORA MONTOYA YENNY ROCÍO. Firmada por **MARY MELBA ROMERO ACOSTA** (Rectora) y **JORGE ENRIQUE GUTIÉRREZ LIMAS** (Secretario).

Dada en Bogotá D.C., a los 02 días del mes de Diciembre de 2006.

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.

MARY MELBA ROMERO ACOSTA
C.C. 20.531.608 de Fómeque
Rectora

JORGE ENRIQUE GUTIÉRREZ LIMAS
C.C. 19.317.284 de Bogotá
Secretario

American Editorial Ltda Tel: 4 170531 Bta-Col.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

CERTIFICA QUE:

LEYDI LORENA BENAVIDES MUÑOZ

Participó en el proceso de inducción al Servicio Social Obligatorio, del 24 al 30 de julio de 2013, con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud en los hospitales de la red adscrita, y fortalecer las competencias para el abordaje de los eventos de interés para la salud pública, con una intensidad horaria de 24 horas.

Adicionalmente participó en el proceso de entrenamiento básico en asesoría y prueba voluntaria para VIH, el cual tuvo una duración de 12 horas y capacita a este profesional para realizar procesos de asesoria pre y pos prueba para VIH, en cumplimiento al artículo 2 de la resolución 2338 de 2013.

Total intensidad horaria: 36 horas
Bogotá, 31 de julio de 2013

ALDO ENRIQUE CADENA ROJAS
Secretario Distrital de Salud

BOGOTÁ HUMANA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **10711** *de* **26/09/2014**

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) BENAVIDES MUÑOZ LEYDI LORENA Identificado(a) con CC número 1030565444 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS. el día 18/07/2013, acta de grado No.268, Diploma No. 379 y registrado en el libro 4 Folio 68 año 2013.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el(la)HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - localizada en Bogota D.C., durante el periodo comprendido entre 10/09/2013 y 09/09/2014.

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 BENAVIDES MUÑOZ LEYDI LORENA identificado(a) con CC número 1030565444 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de ENFERMERO(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 **26/09/2014**

ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Aprobó Isabel Cristina Artunduaga
Revisó Yudy Rodriguez B. / Candy Rosa Gallego
Elaboró Victor Sánchez

Bogotá, D.C 20/11/2014
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Leydi Benavides
CC. # 1030565444
Firma Leydi Benavides

Fundación Universitaria Sanitas

Personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE GRADO No. 0268
(Folio 00068 del libro 04)

En la ciudad de Bogotá, a los dieciocho (18) días del mes de julio del año dos mil trece (2013), la Fundación Universitaria Sanitas, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional de la misma, como consta en el registro SNIES No. 20538, llevó a cabo el acto solemne de graduación mediante el cual, previo juramento, otorga el título de

ENFERMERA

A

LEYDI LORENA BENAVIDES MUÑOZ

Identificado(a) con C.C. No. 1.030.565.444 de Bogotá, quien cumplió con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para conferir dicho título profesional. Por lo tanto, se le hizo entrega del Diploma No. 13BO57PR000379 que lo(a) acredita como tal.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Firmada por: MARIO ARTURO HAZA RUGET - Rector, CLARA ROZO DE ARÉVALO - Decana Facultad de Enfermería, y JOHNS STEVE NAVARRO LARA - Secretario General.

Es fiel copia tomada del original, expedida en Bogotá, el dieciocho (18) de julio del año dos mil trece (2013)

JOHNS STEVE NAVARRO LARA
Secretario General

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Personería Jurídica No. 3915 del 23 de diciembre de 2002

Considerando que

Leydi Lorena Benavides Muñoz

C.C. 1.030.565.444 de Bogotá

Cumplió los requisitos académicos exigidos para optar al grado universitario, le confiere el título de

Enfermera

En testimonio de ello, se firma y refrenda con los respectivos sellos el presente diploma, en Bogotá D.C. a los dieciocho (18) días del mes de julio del año dos mil trece (2013)

Mario Arturo Isaza Boget
Rector

Clara Ruiz de Arévalo
Decana

Jairo Hoyos Navarro Lara
Secretario General

icontec
internacional

certifica que:

Leydi Lorena Benavides Muñoz

C.C. 1.030.565.444

Asistió a los cursos de

- Normatividad, Enfoque Por Procesos, y Generalidades de Acreditación
- Estándares de Gerencia de Talento Humano
- Acreditación y la Gerencia de la Información
- Autoevaluación, Análisis y Mejora de la Acreditación en Salud

Con una intensidad de 88 horas

CORRESPONDIENTES AL DIPLOMADO ACREDITACION IPS, CUYA DURACIÓN TOTAL ES DE 120 HORAS

Bogotá D.C., 17 de Febrero de 2016

Carlos Humberto Pulido Riveros
Director de Educacion

BMD
Boston Medical Devices

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

ConvaTec

OTORGA

Certificado de asistencia

A

Lorena Benavides

Por participar en la "**Jornada de actualización para el cuidado de heridas**", llevada a cabo en Bogotá el 17 de Octubre de 2012, con una intensidad de 4 horas.

Dr. Fernando Arango
Coordinador de Postgrado
Programa de Cirugía Plástica
Fundación Universitaria San Martín

Dr. Marco Antonio Salazar
Jefe de cirugía Plástica Hosp. El Tunal
Coordinador Practica de Residentes
Fundación Universitaria San Martín

Dr. Carlos H. Rojas
Director Medico Latinoamérica
Boston Medical Device

BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA DE CUNDINAMARCA

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Sanatorio de Agua de Dios
Empresa Social del Estado

LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y EL SANATORIO DE AGUA DE DIOS E.S.E

CERTIFICAN QUE:

LEYDI LORENA BENAVIDES MUÑOZ

CC 1.030.565.444

Participo en el Congreso Anual de Actualización en el Marco de la Celebración del Día mundial de la Lucha contra la Tuberculosis, realizado en Bogotá D.C., El día 22 de marzo del 2013. Intensidad de 8 horas.

GERMÁN AUGUSTO GUERRERO GOMEZ
SECRETARIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO
Gerente
SANATORIO DE AGUA DE DIOS ESE

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que LEYDI LORENA BENAVIDES MUÑOZ identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No. 1030565444 de BOGOTÁ se encuentra realizando el programa de CERTIFICACIÓN EN ATENCION EN SOPORTE VITAL BASICO y hasta el momento ha aprobado:

COMPETENCIAS	**EVAL**	**IH**
BRINDAR SOPORTE VITAL BÁSICO A UN PACIENTE CON PATOLOGÍA DE URGENCIA, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS NO INVASIVOS.	4,5 A	20

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

APLICAR LA CADENA DE SUPERVIVENCIA DE ACUERDO A NORMATIVIDAD, GUÍAS INTERNACIONALES VIGENTES Y EN CONDICIONES DE SEGURIDAD

IDENTIFICAR ANATOMÍA BÁSICA DEL SISTEMA CARDIORRESPIRATORIO SEGÚN PRINCIPIOS TÉCNICOS CIENTÍFICOS

IDENTIFICAR LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS QUE ORIENTAN EL SOPORTE VITAL BÁSICO SEGÚN GUÍAS INTERNACIONALES Y DE CADA INSTITUCIÓN

IDENTIFICAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE PARO CARDIORESPIARTORIO EN ADULTO, NIÑOS Y LACTANTES SEGÚN TIPO DE FACTOR DE RIESGO.

REALIZAR LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ADULTOS NIÑOS Y LACTANTE SEGÚN NORMAS TÉCNICAS, ÉTICAS Y LEGALES VIGENTES.

Se expide en BOGOTÁ a los 17 días del mes de JUNIO de 2015.

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR

Para fancy.

FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

Leydi Lorena Benavides Muñoz

C.C. 1.030.565.444

Asistió en calidad de participante al

CURSO TEÓRICO PRÁCTICO CERTIFICACIÓN TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA

Realizado en Bogotá D.C., Colombia, el 04 y 05 de marzo de 2016, con una intensidad de 14 horas.

En constancia firman:

Dr. Sergio Parra Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vásquez
Director Educación Continuada

Educación Continuada

ISO 9001 icontec SC - CER366083

CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
"VISTA HERMOSA"
CERTIFICA:

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista BENAVIDES MUÑOZ LEYDI LORENA, identificado(a) con CC. 1.030.565.444, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
04351	03 de agosto de 2015 AL 31 de agosto de 2015	2.156.000

APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I COMO ENFERMERA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 1188

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
03352	11 de agosto de 2015 AL 15 de agosto de 2015	2.500.000

APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO - ENFERMERO URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, PARTOS

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
04492	01 de septiembre de 2015 AL 30 de septiembre de 2015	2.310.000
05069	01 de octubre de 2015 AL 30 de noviembre de 2015	4.620.000
06612	01 de diciembre de 2015 AL 31 de enero de 2016	4.620.000

APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I COMO ENFERMERA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 1188

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
00508	02 de enero de 2016 AL 15 de mayo de 2016	8.893.500
Adición 00508	16 de mayo de 2016 AL 31 de mayo de 2016	1.270.500
01965	01 de junio de 2016 AL 30 de junio de 2016	2.541.000
Adición 01965	01 de julio de 2016 AL 31 de julio de 2016	2.541.000

APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO - ENFERMERO CONSULTA EXTERNA

BENAVIDES MUNOZ LEYDI LORENA, identificado(a) con CC. 1.030.565.444

Calle 67a Sur #IEC-12 Juan Pablo II
Código Postal 111951
PBX 759 60 00
Fax 769 28 25
www.subredsur.gov.co

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
"VISTA HERMOSA"
CERTIFICA:

Nota: Los contratos relacionados quedan sujetos al desarrollo del objeto contractual por parte del contratista y/o de la entidad

Que el contratista NO ha tenido vinculo laboral alguno con la entidad y que los contratos referenciados no generan vinculo laboral entre el contratista y el Hospital.

Los valores contenidos en la presente certificación, se consignan con base en la información que reposa en el aplicativo (SGPC) con el que cuenta el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.

Dada a los Veintiseis (26) días del mes de julio de 2016

MARTHA LUCIA NIETO HERNÁNDEZ
Lider Contratación

La presente certificación no pierde su vigencia, en caso de ser solicitada presente fotocopia de la misma y guarde el original

Elaboró Johana Cardona /apoyo contratación

BENAVIDES MUNOZ LEYDI LORENA, identificado(a) con CC. 1.030.565.444

Calle 67a Sur #18C-12 Juan Pablo II
Código Postal 111951
PBX 330 09 99
Fax 765 26 25

BOGOTÁ

LA DIRECCION DE CONTRATACION CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **BENAVIDES MUNOZ LEYDI LORENA** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No 1.030.565.444** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
04351 DE 2015	3 de agosto de 2015	31 de agosto de 2015	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I COMO ENFERMERA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO 1188	$2.156.000	VISTA HERMOSA
03352 DE 2015	11 de agosto de 2015	15 de agosto de 2015	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO - ENFERMERO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	$2.500.000	VISTA HERMOSA
04492 DE 2015	1 de septiembre de 2015	30 de septiembre de 2015	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I COMO ENFERMERA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO 1188	$2.310.000	VISTA HERMOSA
05069 DE 2015	1 de octubre de 2015	30 de noviembre de 2015	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I COMO ENFERMERA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO 1188	$4.620.000	VISTA HERMOSA
06612 DE 2015	1 de diciembre de 2015	31 de enero de 2016	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I COMO ENFERMERA PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO 1188	$4.620.000	VISTA HERMOSA
00508 DE 2016	2 de enero de 2016	31 de mayo de 2016	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO - ENFERMERO CONSULTA EXTERNA	$10.164.000	VISTA HERMOSA
01965 DE 2016	1 de junio de 2016	31 de julio de 2016	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO - ENFERMERO CONSULTA EXTERNA	$5.082.000	VISTA HERMOSA
007432 DE 2016	21 de noviembre de 2016	31 de diciembre de 2016	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	$3.388.000	SUBRED SUR
003186 DE 2017	2 de enero de 2017	31 de agosto de 2017	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	$20.328.000	SUBRED SUR

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

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

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1153.** Código de Verificación ?6:YU>E>0

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los **11 días del mes de agosto del 2017.**

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

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Leidy Paola Henao Arcila	Tecnico Adminsitartivo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES LEYDI LORENA
APELLIDOS BENAVIDES MUÑOZ
C.C. 1.030.565.444 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS
RUN No. 41547
Fecha de Expedición 10/DICIEMBRE/2014



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
LEYDI LORENA
BENAVIDES MUÑOZ
C.C. 1030565444
ENFERMERO(A)
Expedicion 20/11/2014

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1947541

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2017 - 15:16 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., el señor(a) **LEYDI LORENA BENAVIDES MUÑOZ|**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO** de BOGOTÁ, D.C.

1030565444

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_7I51U_1615
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102769987

WEB
15:05:33

Bogotá DC, 11 de diciembre 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) LEYDI LORENA BENAVIDES MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030565444:

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 desemperien 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 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 12 de diciembre de 2017, a las 10:35:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030565444
Código de Verificación	1030565444171212103539

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

Digitó y Revisó: WEB

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Constitución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/12/2017 a las 15:12:51 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 1030565444 y Nombres: BENAVIDES MUÑOZ LEYDI LORENA

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

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 Nº 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Presidencia de la República
Ministerio de Defensa
Gobierno en Línea
Portal Única de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14319878378

(415)7707212489984(8020) 000001431987637 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1030565444 — 6. DV: 1

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)	1030565444	20071213

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
BENAVIDES	MUÑOZ	LEYDI	LORENA

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: TV 78 A 40 F 25 SUR

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
lorenabenj@hotmail.com		4033801	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	20141110						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI (X) NO ( ) — 60. No. de Folios: 1 — 61. Fecha: 20141110

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:

Lorena Benavides Muñoz

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

984. Nombre: TURRIAGO POSADA DANIEL ENRIQUE

985. Cargo: Analista II

Fecha generación documento PDF: 10-11-2014 12:30:27PM

Salud Humana
Germán Maldonado MD.

Oficina Principal:
NIT : 900195836-1
Tv. 74 F 40 B 69 sur Piso2 , Bogotá D.C.
Cel: 3167561793
E mail: gmsaludhumana@gmail.com
Ciudad: Bta
Fecha: 07 11 2016

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 12193

Empresa: USS Vista Hermosa

Tipo de examen: Ingreso

Énfasis: osteomuscular

Este documento es válido solo si está respaldado por la historia clínica o valoración médica de la misma fecha, copia de este documento en nuestros archivos y resultados de exámenes paraclínicos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros.

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: BENAVIDES MUÑOZ LEYDI LORENA

Cargo: ENFERMERA JEFE | Doc CC No. 1030565447 | Edad (años) 26

CONCEPTO

- [X] Apto sin restricciones para el cargo
- [ ] Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo
- [ ] Aplazado
- [ ] Satisfactorio
- [ ] No satisfactorio
- [ ] Presenta patología modificable con el estilo de Vida
- [ ] Hay restricciones a su labor
- [ ] Examen de egreso satisfactorio
- [ ] Examen de egreso no satisfactorio
- [ ] Otro

Motivo del aplazamiento:

Restricciones:

Descripción adicional del concepto:

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

- [ ] Audiometría
- [ ] Visiometría
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Prueba psicométrica
- [ ] Electrocardiograma
- [ ] Lab. Clínico
- [ ] RX
- [ ] Prueba de esfuerzo

Otros exámenes:

Descripción de resultados: (1) Astigmatismo (2) Hipotiroidismo (3) Anisocoria (4) Disgrafia rama der i/prueba (5) Lesión timpanica bilateral

RECOMENDACIONES:

Valoracion x otorrino

- [ ] Control periódico por EPS
- [X] Remisión a EPS
- [ ] Continuar manejo médico
- [ ] Seguimiento caso ARL
- [X] Control periódico ocupacional
- [X] Higiene postural
- [X] Utilización de EPP
- [X] Pausas activas periódicas
- [ ] Dieta
- [ ] Ejercicio regular 3 veces a la semana
- [ ] Dejar hábito de fumar
- [ ] Reducir consumo de alcohol

Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica: cardiovascular

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es), registrado(s) en este documento. Conforme quedó registrado en la historia clínica Ocupacional. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen medico y/o paraclínico (s) cupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, la limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomará GM SALUD HUMANA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí original del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) son completas y verídicas. Autorizo a GM SALUD HUMANA E.U. para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

MÉDICO

GERMAN MALDONADO M.
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Res. 6234 del 29/05/13

Firma y sello

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Lorena Benavides

Firma:

Huella Índice Der

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

RESOLUCION No.6234 de 29/05/2013

Por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere la Resolución 1429 del 19 de Marzo de 1997 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que el(la) señor(a) GERMAN ALFONSO MALDONADO MORALES Identificado(a) con C.C. 19.438.233 de BOGOTA D.C., ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En merito de lo expuesto, la Directora de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a GERMAN ALFONSO MALDONADO MORALES Identificado(a) con C.C. 19.438.233 de BOGOTA D.C., como MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
2. EDUCACION Y CAPACITACION.

3. INVESTIGACION EN AREA TECNICA.
4. INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA.
5. DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ARTÍCULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaria Seccional o Distrital del país.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Desarrollo de Servicios - Vigilancia y Control de la Oferta de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a GERMAN ALFONSO MALDONADO MORALES, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 29/05/2013

ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
Directora Desarrollo de Servicios de Salud

FUNCIONARIO/CONTRATISTA	NOMBRE	FIRMA
Proyectado por	Esperanza Mora R.	
Revisado por:	Sandra Patricia Charry R	
Aprobado por:	Isabel Cristina Artunduaga P.	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma de la Directora de Desarrollo de Servicios de Salud.		

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9000
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

BOGOTÁ HUMANA

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2017

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 1030565444
NOMBRES Y APELLIDOS	Benavides Muñoz,Leydi Lorena
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Benavides Muñoz,Leydi Lorena, a los 11 días del mes de diciembre del año 2017.

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.

ARL | sura

Medellín, 11 de diciembre de 2017

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

CERTIFICA:

Que LEYDI LORENA BENAVIDES MUÑOZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030565444 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/08/2016 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

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

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

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

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por Arl Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación1734548716

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 11/12/2017 1.31 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LEYDI LORENA BENAVIDES MUNOZ identificado(a) con C.C No. 1.030.565.444, 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 11 de diciembre del 2017.

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

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

Bogotá D.C. 12 DE Diciembre de 2017

Señores:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

Por medio de la presente, yo Leydi Lorena Benavides Muñoz, identificado con número de documento 1030565444, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: LORENA BENAVIDES MUÑOZ

No. Documento: 1030565444

Teléfono: 3174030770

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

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT | **PM-GRI-FT-05**

Fecha de Diligenciamiento: Día 12 | Mes 12 | Año 2017

Clase de Vinculación: Proveedor [X] Colaborador [ ] EAPB [ ] Otro [ ]

PERSONA NATURAL

Nombre Completo: LEYDI LORENA BELTRAN MUÑOZ

CC [X] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] N° 1030565449

Fecha Nacimiento: Día 18 Mes 11 Año 2017 | Lugar Nacimiento: BOGOTA

Profesión, Ocupación u Oficio: AUXILIAR EN SALUD | Fecha Expedición Documento: 13/DIC/2007

Dirección Residencia: cll 160 #58-75 AP 203 T8 | Teléfono (s): 3174030770

Ingresos Mensuales: 4'528.214 | Egresos Mensuales: 2'800.000

Otros Ingresos diferentes a la relación contractual: SI [ ] NO [X] | Otros Ingresos Mensuales:

Concepto Otros Ingresos:

Estado Civil: UNION LIBRE | Correo Electrónico: LORENABELTRAN@HOTMAIL.COM

Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesión:

¿Maneja Recursos Públicos? SI [ ] NO [X] | ¿Tiene Reconocimiento Público? SI [ ] NO [X]

¿Ejerce algún grado de Poder Público? SI [ ] NO [X] | ¿Es familiar de una persona publicamente expuesta? SI [ ] NO [X]

PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social | Nit | DV

Tipo de Empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] | Sector de la Economía | CIIU

Fecha de constitución en Cámara de Comercio | E-mail

Oficina Principal: Dirección | Ciudad | Teléfono (s) | Tiene Sucursales SI [ ] NO [ ]

Representante Legal: Nombre Completo

CC [ ] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] N°

Representante Legal: Dirección | Teléfono

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.

Tipo ID		Número ID	Nombre Completo	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o Recursos Públicos ? Marque **SI** o **NO** y especifique.

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? SI [ ] NO [ ] Cuál

¿Posee productos Financieros en el Exterior? SI [ ] NO [ ] Cuál

Producto		Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad

Todos los espacios de este formulario deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No aplica).

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que atecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupcion.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Ingresos:	PRESTADOR CONTRATISTA.

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular.

3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vinculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAPB u otro, llegaren a:

* Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.
* Ser incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la Manual SARLAFT.
* Ser condenado por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo descritos en el Código Penal Colombiano.

4. Autorizo ser consultado en listas y/o bases de datos que permitan prevenir el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes.

firmo el presente documento a los 12 días del mes de 12 del año 2017 en la ciudad de BOGOTÁ.



HUELLA

Roberto Bello 1.065

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED SUR - INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN

Nombre Completo de quien verifica				Cargo	
Fecha de Verificación		Hora		Firma	
Observaciones					