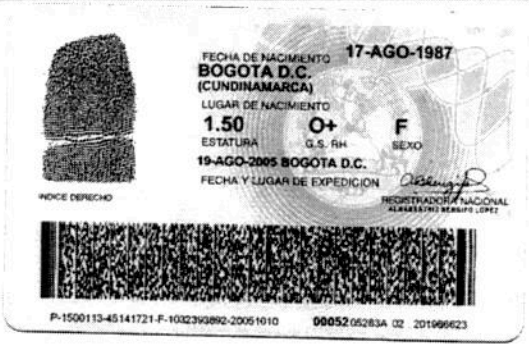
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.				
		LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS		CO-OPS-FT-07 V1		
N°	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	APLICA	NO APLICA
1	Fotocopia del documento de identidad	Cedula de ciudadania				
		Cedula de 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 técnicos				
		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, Químicos 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 económica relacionada con el objeto contractual				
12	RIT	Actualizado con la actividad económica 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 Enfermería.**- *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 Enfermería, 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 Títulos debidamente firmado	**Para todos los perfiles**				
OBSERVACIONES:						



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.032.393.892
TINOCO SOSA
APELLIDOS
MONICA ALEXANDRA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
19-AGO-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500113-45141721-F-1032393892-20051010 0005205283A 02 201996623

REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
TINOCO	SOSA	MONICA ALEXANDRA

C.C. ◉ C.E. ○ PAS ○ 1.032.393.892 — SEXO: F X M — NACIONALIDAD: COLOMBIANA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE — N° — D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES 08 AÑO 87

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 47 SUR # 18A-64

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTA

MUNICIPIO BOGOTA

TELÉFONO 2050148 EMAIL nonicatinoco1032@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES 11 26 AÑO 2005
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC (TECNICA	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	11	2008	1032393892

ESPECIFIQUE 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
INGLES									
FRANCES									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
CUIDADO DE PACIENTE EN CASA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA	Jefe Nathaly Angulo
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
3102654356	DIA 15 MES 1 AÑO 2014	DIA 15 MES 8 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	3	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**6**	**1**

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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 PUBLICA.

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

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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, MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA

IDENTIFICADO CON: C.C. ☑ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 1.032.393.892 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTA	Municipio	BOGOTA
Barrio-Dirección	SANTA LUCIA CALLE 47 SUR #18A-64			Teléfonos	2050148

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUZ MARITZA SOSA PARRA	C.C 51899803	MAMA
JORGE LUIS TINOCO PALACIOS	FALLECIDO	PADRE
JESUS DAVID RUBIANO TINOCO	R.C 1029061386	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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	8.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 8.000.000

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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
JESUS DAVID RUBIANO TINOCO	MANUTENCION	$ 450.000

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

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE 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 forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
AUXILIAR DE ENFERMERIA	OCASIONAL

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota 12/Diciembre/2017
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA

Colegio Parroquial del Inmaculado Corazón de María

Calle 44 Sur Nº 28-61 Teléfono: 238 76 00
(Barrios: Claret e inglès)

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No. 755 del 04-05-1977

INSCRIPCIÓN DANE 311001012598 **INSCRIPCION S.E. 737**

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de Febrero de 2006 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, la Comisión de Evaluación y Promoción, el Rector y Secretaria en la Rectoría del Colegio, Institución autorizada en el nivel de Educación Básica y Media Vocacional por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 378 del 25 de Febrero de 1.993.

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 ACADEMICO

Al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA
T.I. 1.032.393.892 DE BOGOTA D.C.

Es fiel copia tomada del acta original No. 035 del 10 de Febrero de 2006 que consta de nueve (9) estudiantes graduados, que comienza con el nombre de **JOSE LUIS BARRETO BELTRÁN** y se cierra con el nombre de **HUGO BALLARDO VILLALBA MARTINEZ**.

Dada en Bogotá D.C. a 10 de Febrero de 2006.

PBRO JOSE DEL CARMEN CARRILLO ROMERO
RECTOR
C.C. 79.143.427 de Usaquén

LUZ MARINA ARÉVALO DE FORERO
SECRETARIA
C.C. 41.730.863 de Bogotá

IMPRESOS COTUCA ALEMANA

Autorización Oficial según Resoluciones No. 4258 de Noviembre de 1989, 5624 del 26 de Diciembre de 1994 y Oficio 634-296 del 4 de Febrero de 1997 Secretaria de Educación

ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de Bogotá, a los veintitrés (23) días del mes de Noviembre de dos mil siete (2.007), se reunió el Consejo Académico de la Escuela de AUXILIARES DE ENFERMERIA **"CEMCA"**, conformado por el Dr. Daniel Durán Barrera, Director, Jefe Marlén Álvarez Ricaurte Secretaria y demás docentes del área de enfermería, con el fin de estudiar los resultados académicos y prácticos de los estudiantes de último nivel.

Después de comprobar la situación académica y verificar las diferentes actividades de práctica de atención primaria y secundaria de cada uno de los estudiantes:

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO: Otorgar el certificado de Aptitud Ocupacional como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una intensidad total de 1.800 horas, a:

TINOCO SOSA MONICA ALEXANDRA
C.C. 1.032.393.892 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta General de Certificación No. 031 de fecha veintitrés (23) de Noviembre de dos mil siete (2.007), que consta de 66 alumnos, y comienza con el nombre de ACEVEDO RODRÍGUEZ MARIA DEL PILAR y termina con el nombre de ZULUAGA MEJIA JOHANNA MARCELA, firmada y sellada por DANIEL DURAN BARRERA, Director y MARLEN ÁLVAREZ RICAURTE , Secretaria General

Dada en Bogotá D. C., a los veintitrés (23) días del mes de Noviembre de dos mil siete (2.007).

DANIEL DURAN BARRERA
C.C. No. 79.351.216 de Bogotá
ESCUELA DE AUXILIARES EN ENFERMERIA CEMCA DIRECTOR

MARLEN ALVAREZ RICAURTE
C.C No. 39.520.613 de Engativá
ESCUELA DE AUXILIARES Secretaria CEMCA SECRETARIA

República de Colombia

Escuela De Auxiliares De Enfermería

Educación Para El Trabajo y El Desarrollo Humano

CEMCA

Autorización Oficial Según Resolución No 5624 Del 26 De Diciembre De 1994
y Oficio 634 - 296 Del 4 De Febrero De 1997 Secretaria de Educación

Confiere a:

Mónica Alexandra Tinoco Sosa

C.C. No: *1..032.393.892* *Bogotá*

El

Certificado De Aptitud Ocupacional Como

Técnico Laboral

Por Haber Cursado Y Culminado Satisfactoriamente El Programa De

Auxiliar de Enfermería

Con Una Intensidad de 1800 Horas

República de Colombia

Escuela de Auxiliares de Enfermería

Comercio para el Trabajo y el Desarrollo Humano

CEMCA

Certifica Que:

Mónica Alexandra Tinoco Cosa

C.C. No: 1.032.393.892 Bogotá

Realizó El Curso De Manejo De Sutiliare Hospitalario

Director
ESCUELA DE AUXILIARES

Secretaria

Dado en Bogotá D.C. A los 23 días del mes de Noviembre de 2007

EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD

ADMISALUD

NIT 832001870-1

RESOLUCIÓN No. 0629 DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA DE 1997

CERTIFICA

QUE: [illegible]

Asistió al Curso de

TERAPIA RESPIRATORIA

Con una intensidad de 20 horas

ESCUELA EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD
ADMISALUD

Dra. Lenny Sofía Maldonado M.
Directora

Jorge E. Chivatá Galindo
Gerente

Julio C. Chivatá Galindo
Coordinador

Estudiante

Dado en Funza a los 17 días del mes de Marzo de 2002

"ADMISALUD" AL SERVICIO DE PROGRAMAS
DE EDUCACIÓN EN SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

ROZO
ASOCIADOS
Rozo & Asociados SAS - NIT 900.611.227-1

CERTIFICA QUÉ

MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA

documento de identidad 1032393892

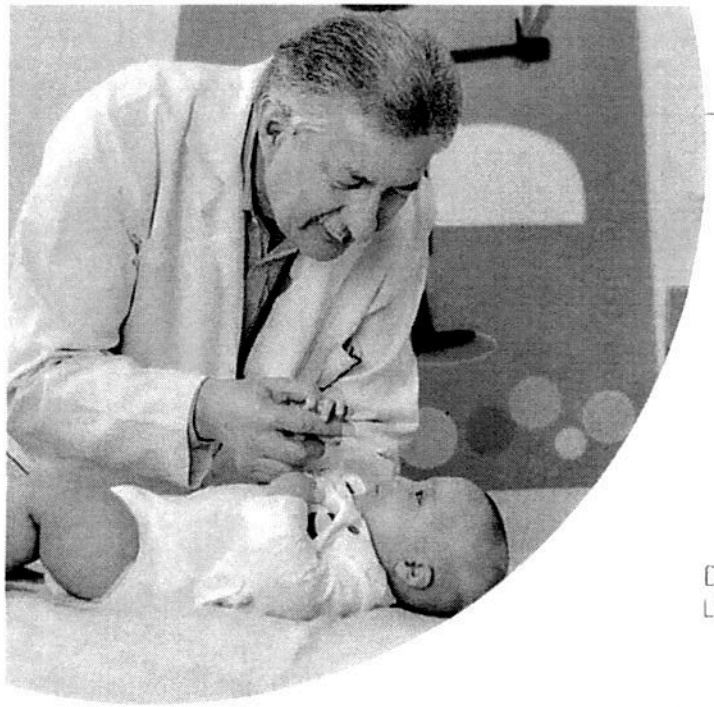
CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO **Seguridad del Paciente SUBRED SUR ESE** CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

SANDRA INES ROZO BOLAÑOS

En testimonio de lo anterior se firma a los Tres (3) días del mes de Junio de Dos Mil Diecisiste (2017) en la ciudad de BOGOTÁ

Código de seguridad: IM201A3D6D

XVI SEMINARIO DE BIOSEGURIDAD COMPENSAR 2017



Hace constar que:

MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA

Participó en el XVI Seminario de Bioseguridad

Intervenciones seguras, experiencias exitosas en el cuidado de la Salud.

Comité organizador:

Dr. Andrés Barragán Tobar
Líder Prestación de Servicios
de Salud Compensar

Dr. Hernán Castellanos
Gerente de Servicios Ambulatorios

Dado en Bogotá a los doce (12) días del mes de octubre de 2017

VIGILADO SuperSubsidio

nejor de lo que hacemos, **es para quien lo hacemos**

compensar

ROZO
ASOCIADOS
Rozo & Asociados SAS - NIT 900.611.227-1

CERTIFICA QUE

MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA

documento de identidad 1032393892

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO ACREDITACIÓN-GENERALIDADES CON UNA INTESIDAD DE 40 HORAS

SANDRA INES ROZO BOLAÑOS

En testimonio de lo anterior se firma a los Veintitres (23) días del mes de Julio de Dos Mil Diecisiste (2017) en la ciudad de BOGOTA

Código de seguridad: wN0fnO7cbL

VII Congreso en
Actualización Médica
Famisanar EPS

Famisanar EPS

EPS FAMISANAR CERTIFICA QUE:

MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA

con número de documento **1032393892**

Asistió al VII Congreso en Actualización Médica Con una intensidad de dieciséis (16) horas, dado en la ciudad de Bogotá D.C., del 7 al 15 de Junio de 2017.

Henry Grandas Olarte
Gerente General

Juan José Zamora
Gerente de Salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 05/11/2017 a las 17:58:52 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 1032393892 y Nombres: TINOCO SOSA MONICA ALEXANDRA
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.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MONICA ALEXANDRA

TINOCO SOSA

C.C 1032393892

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 20/12/2007

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 101397234

WEB
17:43:21

Bogotá DC, 05 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) MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032393892:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA 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 domingo 5 de noviembre de 2017, a las 17:50:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.032.393.892
Código de Verificación	10341444032017

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

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1874559

Bogotá D.C., 5 de Noviembre de 2017 - 17:57 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 Personeria de Bogotá D.C., el señor(a) **MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS** de BOGOTA D.C.

1032393892

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 Personeria 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 Personeria 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 Personeria de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_97XQR_5617
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1032393892-6 MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA

Información General

Dirección CL 47 SUIR 18 A 64

Teléfonos 2050148-3204423938

Dirección electrónica monik1726@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/07/2016

Soporte Inscripción 20972247

Fecha Inicio Actividades 02/02/2008

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8610-ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000986427

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fuente ICA TE TOCA

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

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **25/07/2016 17:45:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA**

Cargo **AUXILIAR DE EPIDEMIOLOGIA** Doc. Identidad **CC 1032393892**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	⊗	○
Requiere de restricción de actividades	○	○
Requiere de reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI	NO	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO
	○	⊗		○	○		○	○

CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO SEGURO, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA,
SAS ACTIVAS DE EXTREMIDADES PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO,
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL SEGUN LABOR,
HABITOS DE VIDA SALUDABLE: ACTIVIDAD DEPORTIVA 40 MIN 3 VECES POR SEMANA,

Diana Paola Melo Muñoz
Médico
Salud Ocupacional
Res. 13443/12

DIANA PAOLA MELO MUÑOZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 66847181 RM: RES 13443/12

Trabajador: MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA
CC: 1032393892
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA identificado(a) con CC 1032393892 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**31/07/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS BOGOTA - SEDE FONTIBON**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 12 días del mes de diciembre del año 2017.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1032393892,** se encuentra afiliado (a) desde **01/05/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/05/2014	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de diciembre de 2017.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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

ARL | sura

Medellín, 12 de diciembre de 2017

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

CERTIFICA:

Que MONICA ALEXANDRA TINOCO SOSA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032393892 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 26/10/2016 **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 generación1734638938

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: 12/12/2017 10:48 AM

Dirección IP: 190.24.146.205, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Bogotá D.C ___12/Diciembre/2017_____

Señores:

_____.

Por medio de la presente, yo ___Mónica Alexandra _Tinoco Sosa_____, identificado con número de documento _1032393892_____, 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: Monica Alexandra Tinoco Sosa

No. Documento:1032393892

Teléfono:3222846001

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: [ ] Colaborador: [X] — EAPB: [ ] — Otro: [ ]

PERSONA NATURAL

Nombre Completo: Monica Alexandra Tinoco Sosa

CC: [X] CE: [ ] TI: [ ] Otro: [ ] N°: 1032393892

Fecha Nacimiento — Día: 17 Mes: 08 Año: 1987 — Lugar Nacimiento: Bogota

Profesión, Ocupación u Oficio: Auxiliar de Enfermeria — Fecha Expedición Documento:

Dirección Residencia: Calle 47 Sur # 18A-64 — Teléfono (s): 2 05 01 48

Ingresos Mensuales: 1'514.000 — Egresos Mensuales: 1'350.000

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

Concepto Otros Ingresos:

Estado Civil: Soltera — Correo Electrónico: monicatinoco1032@gmail.com

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

¿Maneja Recursos Públicos? SI: [ ] NO: [ ] — ¿Tiene Reconocimiento Público? SI: [ ] NO: [ ]

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

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:

¿Poseé 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).

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT

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 afecten 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: Auxiliar de Enfermeria

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 Diciembre del año 2017, en la ciudad de Bogotá.



HUELLA

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					