
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.022.367.661
PIRABAN CRUZ
APELLIDOS
MELISA TATIANA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
O+
F
ESTATURA
G.S RH
SEXO
03-ABR-2009 BOGOTA D.C.
INDICE DERECHO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-1500150-00771419-F-1022367661-20151204
0047593921A 1
1343693295

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 |
|---|---|---|
| PIRABÁN | URUZ | MELISA TATIANA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022367661 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | |

LIBRETA MILITAR

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DÍA 28 MES 03 AÑO 1991 | Cra 81b N° 19b-50 |
| PAÍS Colombia | PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca |
| DEPTO Cundinamarca | MUNICIPIO Bogota |
| MUNICIPIO Bogota | TELÉFONO 3102484110 EMAIL tati.pirabar@gmail.com. |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | MES 12 AÑO 2007 |
| | | | | | | | | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presencial | 8 | X | | Enfermera | 01 | 2013 | |
| Presencial | 2 | X | | Auditor 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 | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | 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 |
|---|---|---|---|
| HEON HEALTH ON LINE S.A | | X | Colombia |

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

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 2543570 | DÍA 08 MES 03 AÑO 2017 | DÍA 31 MES 07 AÑO 2017 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Enfermero Auditor. | Calidad | Av Cra 45 N° 108-27 T.3 P.19 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Accion S.A-Hospital en Casa | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogota. | accion-sa@accionsalos.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6280180 | DÍA 16 MES 06 AÑO 2016 | DÍA 06 MES 02 AÑO 2017 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Enfermero. | Calidad | Cra 53 N° 68B-87 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital Vista Hermosa I Nivel | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogota. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7300000 | DÍA 13 MES 08 AÑO 2015 | DÍA 31 MES 05 AÑO 2016 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Apoyo Profesional Universitario | Calidad | Calle 67 Sur N° 180 - 12 |

**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 |
|---|---|---|---|
| Medicall - Hospital San Jose Centro | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogota | Cra 67 N° 46-78. |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7425770 | DÍA 14 MES 03 AÑO 2015 | DÍA 12 MES 06 AÑO 2015 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Enfermera Jefe | Ginecologia | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital San Juan de Dios Ancoategui Tolima | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Ancoategui | hospitalancoategui049@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 2810152 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2014 | DÍA 31 MES 12 AÑO 2014 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Enfermera | Urgencias y Salud Pública | Cra 2ª calle S esquina |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital Maria Inmaculada. | X | | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Tolima | Rio blanco | hospitalrioblanco@hotmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 2256401 | DÍA 12 MES 02 AÑO 2013 | DÍA 11 MES 02 AÑO 2014 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicio Social obligatorio. | Enfermera. | Cra 1A N° 3A-30. |

**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 | 2 | 8 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | 11 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 3 | 8 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Bogota, 12/12/2017

*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.

Bogota, 12/12/2017
*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. MELISA TATIANA PIRABÁN CRUZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1022367661 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| Pais | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| Colombia | Cundinamarca | Bogota |

| Dirección | Teléfonos |
|---|---|
| Cra 81 b N° 19b-50 | 7584623 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Humberto Piraban Chaguala | S' 888.096 | Padre |
| Luz Elena Cruz Mendoza | S' 876.111 | Madre |
| Yesenia Catalina Piraban Cruz | 1010 209 633 | Hermana |
| Ethan Humberto Piraban Cruz | 1000 285 566 | Hermano |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 | 27.700.000 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 27.700.000 - |

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 |
|---|---|---|---|---|
| Banco AV Villas | Ahorros | 075965660 | Salitre | $ 5.300 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|---|---|
| Vivienda | Arriendo | 14.400.000 |
| Movistar | Celular | 1'020.000 |
| Tarjeta Credito | Cadensa | 5'000.000 |
| Corfiar | Credito | 1'500.000 |
| Salud, Pension, Arl | Seguridad Social. | 1'480.000 |

## 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 |
|---|---|
| Coomeva | Socio |
| | |
| | |
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | N° |
|---|---|---|
| Jhon Jairo Cardenas Tolosa | C.C. X C.E. T.I. | 80809094 |

## 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

Melissa Tatiana Prieto C.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota 12/12/2017
CIUDAD Y FECHA

DAFP.DAP

República de Colombia

# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Personería Jurídica No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

**Considerando que**

## Melisa Tatiana Pirabán Cruz

C.C. 1.022.367.661 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 veinticuatro (24) días del mes de enero del año dos mil trece (2013)

**Sonia Hermilia Roa Trujillo**
**Rectora (E)**

**Clara Rozo de Arévalo**
**Decana**

**Johns Steve Navarro Lara**
**Secretario General**

Anotado al Folio No. 00087 Libro de registro No. 03
13BO57PR000298

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS
ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL
Personería Jurídica No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

# FACULTAD DE ENFERMERÍA

## ACTA DE GRADO No. 0187

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veinticuatro (24) días del mes de enero del año dos mil trece (2013), en la Fundación Universitaria Sanitas, autorizada para el efecto según el registro SNIES No. 20538 de conformidad con el acta N° 085 del Consejo de la Facultad de Enfermería, se realizó acto solemne presidido por la Rectora (E) SONIA HERMINIA ROA TRUJILLO, previo juramento, para otorgar el título de

## Enfermera

A Melisa Tatiana Pirabán Cruz, con cédula de ciudadanía No. 1.022.367.661 de Bogotá, quien cursó y aprobó en su totalidad el plan de estudios reglamentario y cumplió todos los requisitos establecidos en los reglamentos de la Fundación Universitaria Sanitas. Por todo ello, se le hizo entrega del diploma No. 13BO57PR000298 que lo acredita para ejercer la profesión de Enfermera.

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta en la ciudad de Bogotá D.C. a los veinticuatro (24) días del mes de enero del año dos mil trece (2013).

**SONIA HERMINIA ROA TRUJILLO**
**RECTORA (E)**

**CLARA ROZO DE ARÉVALO**
**DECANA**

**JOHNS STEVE NAVARRO LARA**
**SECRETARIO GENERAL**

Es fiel copia tomada de su original
Bogotá D.C., 24 de Enero de 2013

**JOHNS STEVE NAVARRO LARA**
**SECRETARIO GENERAL**

Anotado al Folio No. 00087 – Libro 03 del 24 de Enero de 2013

República de Colombia

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

## MELISA TATIANA PIRABÁN CRUZ

C.C. No. 1.022.367.661 de Bogotá D.C.

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

## ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

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

**Bogotá D.C., 18 de noviembre de 2016**

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 9 Folio 62

**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA**
**ACTA DE GRADO 788**

En Bogotá D.C., el 18 de noviembre de 2016 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 114 del 15 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ** con cédula de ciudadanía número 1022367661 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante acuerdo 006 del 15 de abril de 1996. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 62, número 50092.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General (E)
Dada en Bogotá D.C., el 18 de noviembre de 2016.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General

**María Angélica Pacheco Chica**
Secretaria General (E)

icontec
internacional

certifica que:

# *Melisa Tatiana Piraban Cruz*

*C.C. 1022367661*

**Asistió al Diplomado**

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con una intensidad de 120 horas

El contenido del programa comprendió:

- Evolución Técnica de la Seguridad del Paciente
- Taxonomía y Cultura de la Seguridad del Paciente
- Vigilancias como Parte de la Seguridad del Paciente
- Factores Humanos en la Seguridad del Paciente
- Análisis y Evaluación de Eventos Adversos e Incidentes
- Seguridad en la Atención en Habilitación
- Gestion del Riesgo en la Seguridad del Paciente
- Responsabilidad Medico Legal

Bogotá D.C., 10 de Febrero de 2016

Carlos Humberto Pulido Riveros

FUCS

# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

## *Melisa Tatiana Piraban Cruz*

*C.C. 1.022.367.661*

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

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

**INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO**
**Resolución No. 10-005/20 de enero de 2010**

CURSO SOPORTE VITAL BÁSICO
INTENSIDAD 20 HORAS

**MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ**

No. de identificación: **1.022.367.661**

5 - Feb -2015
Fecha de Inicio

5 - Feb -2017
Fecha de Terminación

Este carnét no autoriza al portador para actuar en circunstancia alguna a nombre de la **Cruz Roja Colombiana**

Para verificar esta tarjeta favor comunicarse al 746 09 09

**Ciudad y País:** BOGOTÁ - COLOMBIA

**Centro de Capacitación:** Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá

**Director Departamento:** MD. Rafael A. Fletscher F.

Firma del Coordinador del Curso

Firma del Portador

HOSPITAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
RIOBLANCO – TOLIMA
NIT. 890.700.694-4

LA GERENTE DEL HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E DEL MUNICIPIO RIOBLANCO (TOL)

# C E R T I F I C A

Que. **MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.022.367.661 de Bogotá, fue vinculada para desempeñar el cargo de ENFERMERA en Servicio Social Obligatorio en el Hospital María Inmaculada de Rioblanco Tolima, según Resolución No. 022 de febrero 12 de 2013

Que **MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ**, desempeño el cargo de Enfermera en Servicio Social Obligatorio, desde el 12 de febrero de 2013 al 11 de febrero de 2014 cumpliendo durante 360 días (12 meses), con todos los programas y actividades que le fueron asignadas por el Hospital María Inmaculada E.S.E de Rioblanco.

Que el cargo y localidad antes mencionados son validos para la prestación del servicio Social Obligatorio, según plaza aprobada mediante Formulario No. 034 del 20 de Marzo de 2009, numero de orden 57-E

Que en consecuencia, **MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ** cumplió con el servicio Social Obligatorio, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Dada en Rioblanco, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2014

**SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA**
Gerente

**Vo. Bo. MARGARITA ZAPATA ARANGO**
Secretaria de Salud Departamental

*CRA. 1A No. 3A-30 TEL. 2256401 TELEFAX 2256407*
*e-mail: hospitalrioblanco@hotmail.com*

# LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO
# DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE DE ANZOÁTEGUI TOLIMA

## CERTIFICA

Que **MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ** quien se identifica con la cedula de Ciudadanía numero 1.022.367.661 presto sus servicios desde el 01 de marzo de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014, mediante contrato de Prestación de Servicios al Hospital San Juan de Dios del Municipio de Anzoátegui Tolima como enfermera, realizando actividades propias de su profesión en el servicio de urgencias, hospitalización, promoción y prevención y coordinación de actividades del plan de salud pública en el Municipio.

La presente se expide a solicitud de la interesada, a los 10 días del mes de enero de 2015.

**GLORIA CONSUELO MONTES FAJARDO**
Profesional Universitario

Medicall
Talento Humano
NIT 900.682.543-8

***EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S.***

***CERTIFICA:***

*Que* ***PIRABAN CRUZ MELISA TATIANA*** *identificada con cédula de ciudadanía número* ***1022367661*** *laboró en Medicall Talento Humano S.A.S., a través de un contrato de trabajo a Término Indefinido, desde el* ***14 de Marzo de 2015*** *hasta el* ***12 de Junio de 2015*** *desempeñando el cargo de* ***ENFERMERA(O) JEFE****.*

*En constancia de lo anterior se expide a solicitud del interesado a los diecisiete (17) días del mes de Junio del año dos mil quince (2015).*

***HENRY LADINO DIAZ***

*GERENTE GENERAL*

*La presente certificación debe tener sello seco.*

Carrera 67 Nº 4G-78 Piso 2 Telefónos: 742 5770 Fax 7425770

*Bogotá*

JMartinez

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista PIRABAN CRUZ MELISA TATIANA, identificado(a) con CC. 1.022.367.661, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

| No. Contrato | Fecha de Duración | Valor |
|---|---|---|
| 04361 | 13 de agosto de 2015 AL 12 de septiembre de 2015 | 2.640.000 |
| 04830 | 16 de septiembre de 2015 AL 30 de noviembre de 2015 | 6.864.000 |
| 06608 | 01 de diciembre de 2015 AL 31 de enero de 2016 | 5.280.000 |

APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I - ENFERMERA

| No. Contrato | Fecha de Duración | Valor |
|---|---|---|
| 00510 | 02 de enero de 2016 AL 31 de marzo de 2016 | 5.638.000 |
| 01383 | 01 de abril de 2016 AL 30 de abril de 2016 | 2.819.000 |
| Adicion 01383 | 01 de mayo de 2016 AL 31 de mayo de 2016 | 2.819.000 |

APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II - ENFERMERA
Realizando las siguientes obligaciones: 1.) Realizar actividades administrativas como Enfermera de Apoyo, de manera personal y con plena autonomía de acuerdo a los procedimientos establecidos para la Entidad. 2.) Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual según Plan de Trabajo y Cronograma de Actividades el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor. 3.) Apoyar la revisión de Guías y Protocolos de atención en la Subgerencia de Servicios de Salud. 4.) Realizar la socialización de los procedimientos, guías y protocolos de atención, así como los demás documentos del sistema de calidad de la Entidad. 5.) Apoyar la ejecución del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Entidad. 6.) Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 7.) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos en los centros de atención, brindando asesoría a los referentes, líderes y a otros profesionales. 8.) Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento que sean relacionados con el proceso de atención. 9.) Generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operación eficiente del área. 10.) Realizar la retroalimentación al equipo de salud, producto de la socialización, fomentando el mejoramiento del proceso de atención en salud. 11.) Apoyar las actividades de capacitación al equipo de salud. 12.) Apoyar el cumplimiento del Sistema Único de Acreditación según requerimientos de la normatividad vigente. 13.) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 14.) Presentar informes con relación al desarrollo de las actividades programadas según cronograma aprobado. 15.) Ejercer la supervisión de los contratos que le sean asignados por la ordenadora del gasto.

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 vínculo laboral alguno con la entidad y que los contratos referenciados no generan vínculo laboral entre el contratista y el Hospital.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

**EL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL**
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**CERTIFICA:**

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista PIRABAN CRUZ MELISA TATIANA, identificado(a) con CC. 1.022.367.661, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

| No. Contrato | Fecha de Duración | Valor |
|---|---|---|
| 04361 | 13 de agosto de 2015 AL 12 de septiembre de 2015 | 2.640.000 |
| 04830 | 16 de septiembre de 2015 AL 30 de noviembre de 2015 | 6.864.000 |
| 06608 | 01 de diciembre de 2015 AL 31 de enero de 2016 | 5.280.000 |

APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I - ENFERMERA

| No. Contrato | Fecha de Duración | Valor |
|---|---|---|
| 00510 | 02 de enero de 2016 AL 31 de marzo de 2016 | 5.638.000 |
| 01383 | 01 de abril de 2016 AL 30 de abril de 2016 | 2.819.000 |
| Adicion 01383 | 01 de mayo de 2016 AL 31 de mayo de 2016 | 2.819.000 |

APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II - ENFERMERA

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 vínculo laboral alguno con la entidad y que los contratos referenciados no generan vínculo 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 Diez (10) días del mes de mayo de 2016

DORA MORENO HERRERA
Profesional universitario Contratación

La presente certificación no pierde su vigencia, en caso de ser solicitada presente fotocopia de la misma y guarde el original
PIRABAN CRUZ MELISA TATIANA, identificado(a) con CC. 1.022.367.661

ACCION S.A.
NIT: 890.309.556-0

Bogotá D.C., 06 de febrero de 2017

**LA SOCIEDAD ACCIÓN S.A. – 890309556-0**
**Se permite certificar**

La señora **MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.022.367.661 ha estado vinculada laboralmente con la empresa **ACCION S.A.**, mediante los siguientes contratos:

Mediante contrato de trabajo por duración de obra o labor determinada, cuya última labor desempeñada es la de Enfermero desde el 16 de junio del 2016, devengando un salario fijo por valor de $2.242.325, cumpliendo una jornada laboral de 48 horas a la semana y desempeña las siguientes responsabilidades:

- Garantizar la implementación y gestión del modelo asistencial definido por la organización empresa para brindar una atención con calidad y seguridad en la atención, satisfacción de los clientes, el desarrollo y la competitividad de la empresa de acuerdo a los lineamientos organizacionales.
- Garantizar el cumplimiento de requisitos de habilitación en cada una de las sedes y contribuir en la mejora y el mantenimiento del sistema de gestión de calidad (ISO 9001).
- Implementación de controles y estrategias definidas por la organización, así mismo, adherencia a los procesos asistenciales y administrativos que garanticen el uso adecuado y costo eficiente de los recursos asistenciales.
- Participar en la implementación y mantenimiento de la política y programa de seguridad en la atención en la organización.

Para constancia de lo anterior, se firma en Bogotá D.C., a los 06 días del mes de febrero del 2017.

**JOSE MANUEL VECINO PICO**
**Gerente Corporativo de Gestion Humana**
**Teléfono: 6280180 Ext. 21127**

E: Michell Viasus

HeOn
Health on line

**HEON HEALTH ON LINE S.A.**
**NIT: 830117028-0**

**CERTIFICA**

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor (a) **MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° **1022367661**, laboró en la empresa **HEON HEALTH ON LINE S.A** desde el día **8** de **Marzo** de **2017** hasta el **31** de **Julio** de **2017**, con contrato de trabajo a término **Obra Labor Contrada**, desempeñando el cargo de **ENFERMERO AUDITOR.**

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 22 días del mes de agosto de 2017.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá número 2543570 Extensión:1008.

**GLORIA LILIANA MARTINEZ MERIZALDE**
**GERENTE ADMINISTRATIVO Y DE SALUD**

Elaboró: Diana Paola Mora R –Auxiliar de Vinculación y Nómina
Revisó: Laura Peña Moreno-Coordinador de Vinculación Laboral y Nómina

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | **CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** | ADM-CTT-FT-22 V1 |

## LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

## 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 **MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **1022367661,** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

| ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | PLAZO DE EJECUCION | | OBJETO | VALOR TOTAL CONTRATO | UNIDAD SERVICIOS DE SALUD |
|---|---|---|---|---|---|
| | DESDE | HASTA | | | |
| 010294 | 12/10/2017 | 30/11/2017 | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA | $7'367.755 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |

Las actividades realizadas son:

**ADMINISTRATIVA.**

1. Ejecución de auditorías a guías materno perinatales (a la fecha se encuentran represadas 3200 historias clínicas en promedio se auditan 800 historias clínicas mensuales por auditor). 2. Informe y socialización de auditoría a las guías evaluadas. 3. Hacer evaluación de guías. 4. Presentar informes de las guías. 5. Elaboración de planes de mejoramiento de acuerdo a la evaluación de guías. 6. Asistencia a los análisis de casos de eventos de salud pública y otros de morbimortalidad. 7. Realizar auditorías a la implementación del proceso de guías. 8. Realización de auditorías a los servicios ambulatorios hospitalarios farmacia atención al usuario SIRC y complementarios de acuerdo a la programación del PAMEC. 9. Ejecución de auditorías a registros clínicos.

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. 1504. Código de Verificación Z@GNY1R@.

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

## OFICINA DE CONTRATACIÓN

| FUNCIONARIO/ CONTRATISTA | NOMBRE | CARGO | SEDE | RED | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| Proyectado y Elaborado por: | Cecilia Pérez Bautista | Asistente Administrativo | Tunal | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur | |
| Aprobado por: | Isabel Sarmiento Cely | Profesional Universitario | Tunal | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur | |

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 MELISA TATIANA
APELLIDOS PIRABAN CRUZ
C.C. 1,022.367.661 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS
RUN No. 42012
Fecha de Expedición 10/FEBRERO/2015

REGISTRADORA NACIONAL ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46 - 21 Piso 2°. Bogotá D.C.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

# SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL



MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ

1022367661

**REGISTRO Nº. 0493 28/02/2014**

**Inscripción**

**13590/2014 73 0493 28/02/2014**

**ENFERMERA**

El presente carné es válido para dar cumplimiento a lo establecido en los Decretos 1875 de 1994, 1352 de 2000 y 860 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

*Secretaria de Salud del Tolima*

Este carné es personal e intransferible.
Si es encontrado favor devolverlo a la Secretaría de Salud del Tolima



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

**CERTIFICADO DE INSCRIPCION**

**MELISA** TATIANA
**PIRABAN** CRUZ
C.C. 1022367661

**ENFERMERO(A)**

Expedicion 16/01/2015

IDentico S.A.S

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

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 09:39:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1022367661 |
| Código de Verificación | 1022367661171212093917 |

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 102810366

WEB
09:40:44


Bogotá DC, 12 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) MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022367661:

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.**

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1950461

Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2017 - 9:46 am

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

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTIDOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN** de BOGOTA D.C.

**1022367661**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_Q9UIX_469**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
**POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**

Inicio Institucional Contáctenos

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que a la fecha, 12/12/2017 a las 09:42:54 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 10223677661
**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 N° 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) 3159551 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

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

Todos los derechos reservados 2011.

**CONTRIBUYENTE** NIT 1022367661-5 MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ

**Información General**

*Dirección* CL 22 D 69 F 73

*Teléfonos* 7584623 / 3102454110

*Dirección electrónica* tati.piraban@gmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 06/10/2017

*Soporte Inscripción* 23371324

*Fecha Inicio Actividades* 06/10/2017

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIOI DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 17002273129

*Fuente ICA TE TOC.*

cepto 0 2 Actualización

reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14434627402

(415)7707212489984(8020) 000001443462740 2

ero de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 2 3 6 7 6 6 1 – 5 | 6. DV | 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2 | 14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACION

| o de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| na natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 1 0 2 2 3 6 7 6 6 1 | 2 0 0 9 0 4 |

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

| ner apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BAN | CRUZ | MELISA | TATIANA |

zón social:

mbre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

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

ección principal: 2 D 69 F 73

| rreo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| iraban@gmail.com | | 7 5 8 4 6 2 3 | 3 1 0 2 4 5 4 1 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 6 9 9 | 2 0 1 7 1 0 0 6 | | | | | 2 2 2 4 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código: | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Obtención NIT

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 1 0 0

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

culo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

na del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PIRABAN CRUZ MELISA TATIANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 06-10-2017 10

DOCUMENTO SIN COSTO

PAS S.A.S

PROFESIONALES ASISTENTES EN SALUD
CEL 3202342717- 3144210120

Email:

# CERTIFICADO DE APTITUD EXAMEN DE INGRESO

FECHA:09/JULIO/2015

CEDULA:1.022.367.661

NOMBRES: MELISA TATIANA

APELLIDOS:PIRABAN CRUZ

EMPRESA: PARTICULAR

CARGO: ENFERMERA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CUADRO HEMATICO | | COPROLOGICO | | OPTOMETRIA | |
| PARCIAL DE ORINA | | SEROLOGIA | | ESPIROMETRIA | |
| PERFIL LIPIDICO | | ENFASIS DERMATOLOGICO | | AUDIOMETRIA | |
| GLICEMIA | | ENFASIS RESPIRATORIO | | EXAMEN OCUPACIONAL | X |
| ELECTROCARDIOGRAMA | | ENFASIS CARDIOVASCULAR | | ENFASIS | |
| COLINESTERASA | | VISIOMETRIA | | ENFASIS PSICOSOCIAL | |

Los resultados de los exámenes evaluados fueron consignados en la Historia Clinica Ocupacional de Profesionales Asistentes en Salud SAS y el resultado de aptitud es:

**APTA**

| RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|---|
| 1.Higiene postural y de columna<br>2.Pausas saludables<br>3.Control médico ocupacional y especializado | 1. Estilo de vida saludable |

El examinado al final deja constancia de haber sido informado por el médico de sus condiciones de salud.

*El Medico* M.D Esp. Salud Ocupacional RM. 52928483

*Nombre y firma Registro No.*

*El examinado*

*Firma y C.C* 1.022.367.661

ACTUALIZADO. COMITÉ HISTORIAS CLINICAS IPS PROFESIONALES ASISTENTES EN SALUD SAS
REVISADO. DRA. JOHANNA MILENA CARRILLO ORTIZ

compensar

**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
**COMPENSAR EPS**
**NIT 860.066.942-7**

**HACE CONSTAR**

Que el(la) señor(a) MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.022.367.661 , se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa ACCION S.A. NIT 890309556, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro | Semanas Cotizadas |
|---|---|---|
| 20160616 | No Registrada | 458 |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Febrero de 2.017

**Observaciones:**

**Con destino a:**

TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: WENDY YURANY TAVERA

CER-AFI 7565018



Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

ARL | sura

Medellín, 12 de diciembre de 2017

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

## CERTIFICA:

Que MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022367661 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 26/10/2017 **Fecha fin cobertura:**

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE |
|---|
| **SUB RED SUR N900958564**<br><br>ACTIVIDAD ECONÓMICA:<br>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<br>**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%<br>**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - ASISTENCIAL<br>**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436%<br>ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:<br>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:<br>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<br>**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101<br>**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 generación1734638105

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 10:35 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

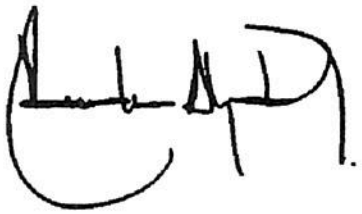
porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **MELISA TATIANA PIRABAN CRUZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,022,367,661**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Febrero de 2017.



Gerente de Clientes

| | 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: MELISA TATIANA PIRABÁN CRUZ

CC: X — CE: — TI: — Otro: — N°: 1022367561

Fecha Nacimiento — Día: 28 — Mes: 03 — Año: 1991 — Lugar Nacimiento: Bogota

Profesión, Ocupación u Oficio: Enfermero Auditor — Fecha Expedición Documento: 03 Abril 2009

Dirección Residencia: Cra 81b N°19b-50 — Teléfono (s): 7582468 - 3102454110

Ingresos Mensuales: 4'500.000 — Egresos Mensuales: 4'500.000

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

Concepto Otros Ingresos:

Estado Civil: Unión Libre — Correo Electrónico: tati.pirabanr@gmail.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: AAAA-MM-DD — 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).

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 licita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Codigo 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 corrupción.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

**Origen de Ingresos:** Contratista, detalle ocupación

## 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 Bogota.



HUELLA

Melisa Tatiana Firma

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 | DD/MM/AA | Hora | | Firma | |
| Observaciones | | | | | |

| 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 12/12/2017

Señores:

Sub red integrada de Servicios de Salud E.S.E.

Por medio de la presente, yo Melisa Tatiana Pirabán Cruz, identificado con número de documento 1022367661, 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: Melisa Tatiana Pirabán Cruz

No. Documento: 1.022.367.661.

Teléfono: 3102454110