REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.773.127
LEAL SUAREZ
APELLIDOS

JAZMIN LUCIA
NOMBRES

FIRMA



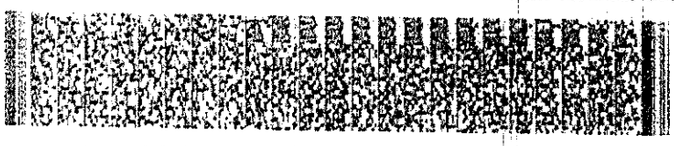


FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1980
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-FEB-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



INDICE DERECHO A-000100150424 3044439115A 1 [illegible]

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
Leal	Suarez	Jazmin lucia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52773127 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 26 MES 12 AÑO 1980

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 1 Este 16-27

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Soacha

TELÉFONO 3202499886 EMAIL jlleal@misena.edu

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	11 X — MES 11 AÑO 1997

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
TL	4	X		Tecnologa en direccion de venta	12	2013	
TC	3	X		Tecnico en Administracion en Salud	12	2017	

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

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

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: Subred Integrada de servicios de salud sur Usme	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: Bogotá		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: contactenos@subredsur.gov.co
TELÉFONOS: 4053540-4853551	FECHA DE INGRESO: DÍA 01 MES 06 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL: Auxilio Administrativo	DEPENDENCIA: Facturacion		DIRECCIÓN: Carrera 13 #135A-42 Sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: Organizacion Cadenas	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: Bogotá		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: info@organizacioncadenas.com.co
TELÉFONOS: 7021511	FECHA DE INGRESO: DÍA 22 MES 06 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO: DÍA 05 MES 05 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO: Vendedora	DEPENDENCIA: Ventas		DIRECCIÓN: Carrera 3 56-30

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: Ferreteria Mauricio Arau	PÚBLICA: 1	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: Bogotá		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:
TELÉFONOS: 4470471	FECHA DE INGRESO: DÍA 15 MES 02 AÑO 2001		FECHA DE RETIRO: DÍA 01 MES 12 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO: Secretaria	DEPENDENCIA:		DIRECCIÓN: Carrera 4F # 41B-07

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD:	PÚBLICA:	PRIVADA:	PAÍS:
DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO: 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	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	3

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 Bogotá 10 de diciembre de 2021.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO. Jazmi Lucia Leal Suarez

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 52773127 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cundinamarca	Sacha

Dirección KR 7 tste # 16-27 Teléfonos 3209499886

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Maria Paula Rodriguez Leal	1000 689971	H.JA
Juan Esteban Rodriguez Leal	1014 897902	H.JO

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	18.000.000 -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 18.000.000 -

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
Davivienda	Ahorros	487044 3852	Tunal	$ 8919

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Apartamento		77 000 000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Davivienda	Credito	53.900.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 10-12-2012
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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 — Dia: 10 — Mes: 12 — Año: 2017

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

PERSONA NATURAL

Nombre Completo: Jazmin Lucia leal Suarez

CC: [X] CE: [ ] TI: [ ] Otro: [ ] N°: 52.773.127

Fecha Nacimiento — Dia: 26 Mes: 12 Año: 1980 — Lugar Nacimiento: Bogota

Profesión, Ocupación u Oficio: Aux Administrativo — Fecha Expedición Documento: 17 Feb 1999

Dirección Residencia: cra 1 este N 16-27 — Teléfono (s): 3202499886

Ingresos Mensuales: 1506 213 — Egresos Mensuales: 500.00

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

Concepto Otros Ingresos:

Estado Civil: Soltera — Correo Electrónico: jlleal7@misena.edu.co

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

¿Maneja Recursos Públicos? SI: [X] NO: [ ] — ¿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: N. A — Nit: [ ] DV: [ ]

Tipo de Empresa — Pública: [ ] Privada: [ ] Mixta: [ ] — Sector de la Economia: [ ] 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: [ ]

Identificacion 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.
N. A				

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

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

¿Poseé productos Financieros en el Exterior? SI: [ ] NO: [X] Cuál:

Producto		Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad
N. A							

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, profesion u oficio de la persona Natural o Juridica es licita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas 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 relacion 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, promocion 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: Prestar los servicios de Apoyo a la Gestion Administrativa en la Subred Integral de Servicios de Salud Sur

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 estandares 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 disposicion, 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 Financiacion del Terrorismo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FIRMA Y HUELLA

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

Firmo el presente documento a los 10 días del mes de 12 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	Jorge Hernan Rojas Gomez			Cargo	Lider Facturacion
Fecha de Verificación	2017.12.20	Hora		Firma	Jorge H Rojas
Observaciones					

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Colegio Departamental Nacionalizado

"Mariano Santamaría"

Santandercito - Cundinamarca

Jornada Mañana

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,

Según Resolución No. 1547 de Septiembre 10 de 1992

Confiere a:

Jazmín Lucía Leal Suárez

Identificado (a) con T.I. No. 80126-01518 de San Antonio

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector (a)

Secretario (a)

Acta de Graduación No. 025

Acta Individual de Grado

COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO
« MARIANO SANTAMARIA »
Santandercito-Cundinamarca

Inscripción S.E._____ Inscripción DANE 22564500244

En la ciudad de Santandercito, a los Veintinueve (29) días del mes de Noviembre del año 1997 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del **COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO « MARIANO SANTAMARIA »**. Institución aprobada hasta 1998 en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,para otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO**, según Resolución No.1547 del 10 de Septiembre de 1992.

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

NOMBRE JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ

C.C. ó T.I. No. 801226-01513 de SAN ANTONIO

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.25 de fecha Noviembre 29 de 1997 que consta de 69 alumnos;que comienza con el nombre de JOHN HUMBERTO ALONSO

_____ y se cierra con el nombre de

JUAN FERNANDO VILLARRAGA MALAGON

Firmado y Sellado por

JOSE ARQUIMEDES REYES DIAZ (Rector) y
ANA VIRGINIA LOPEZ CASTILLO (Secretaria)

Dada en Santandercito, a los Veintinueve (29) días del mes de NOVIEMBRE de 1997
En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981 del MEN.

El Diploma y el Acta de Grado no requieren Registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994.

Firmada y Sellada

Rector
C.C. No.3.030.228 de Gachetá

Virginia López Castillo
Secretaria
C.C. No. 20.504.521 de El Peñón

La República de Colombia
y en su nombre

La Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

CAMPOALTO

Confiere a:

LEAL SUAREZ JAZMIN LUCIA

52773127

El certificado de aptitud ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa,

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD

Intensidad Horaria: 1600 horas - 33 créditos académicos

Rector

Vicerrector(a)

Director(a) Registro y Control

Diploma No. 21351 Anotado en el Libro de Registro de Títulos de CAMPOALTO No. 8 Folio 1145 del 16 de 12 de 2017

Aprobación oficial según:

Resolución No. 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaría de Educación - Resolución No. 08-0072 del 30 de septiembre de 2016 de la Secretaria de Educación Distrital - Resolución No. 07-0859 del 12 de Agosto de 2014 de la Secretaria de Educación Distrital - Resolución No. 01-0058 del 4 de Junio 2015 de la Secretaria de Educación Distrital – Resolución No. 18-095 del 8 de Octubre de 2013 de la Secretaria de Educación Distrital - Resolución No. 030026 del 17 de Noviembre de 2015 de la Secretaria de Educación.

Programas Técnicos Laborales
CAMPOALTO
Inspiramos tu Futuro

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION
LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

LA INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

CAMPOALTO

Confiere a:

LEAL SUAREZ JAZMIN LUCIA
52773127

El Certificado de Aptitud Ocùpacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN
AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD

Intensidad Horaria: 1600 horas – 33 créditos académicos

RECTOR

VICERRECTOR

Anotado en el Folio No. 1475 Del Libro No. 8 de registro 21959

En Constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá a los 16 días del mes de Diciembre de 2017

Aprobación oficial según
Resolución No. 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaria de Educación - Resolución No. 08-0072 del 30 de septiembre de 2016 de la Secretaria de Educación Distrital - Resolución No. 07-0859 del 12 de Agosto de 2014 de la Secretaria de Educación Distrital - Resolución No. 01-0058 del 4 de Junio de 2015 de la Secretaria de Educación Distrital – Resolución No. 18-095 del 8 de Octubre de 2013 de la Secretaria de Educación Distrital - Resolución No. 030026 del 17 de Noviembre de 2015 de la Secretaria de Educación.

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

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA

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 **LEAL SUAREZ JAZMIN LUCIA**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No.**52.773.127**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
No. 1584 de 2015	1 de junio de 2015	1 de diciembre de 2015	FACTURADOR	$ 9.150.000	USME
No. 145 de 2016	4 de enero de 2016	29 de julio de 2016	FACTURADOR	$ 10.000.000	USME
No. 6202 de 2016	1 de septiembre de 2016	31 de diciembre de 2016	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	$ 6.249.984	USME
No. 692 de 2017	2 de enero de 2017	15 de enero de 2016	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	$ 750.000	USME
No. 3974 de 2017	1 de febrero de 2017	EN EJECUCION	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	$ 9.000.000	USME

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 que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1153.** Código de Verificación **YPW@CU=L@**

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los **05 días del mes de 07 del 2017.**

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FUNCIONARIO/CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	MARTHA MARTINEZ	Auxiliar Administrativo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.
En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **de responsabilidad y eficacia**, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

ORGANIZACION
CARDENAS S.A.
NIT: 860.521.637-7

EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA

CERTIFICA

Que la señora **JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ**, identificado con cédula de ciudadanía **No. 52.773.127** expedida en BOGOTA D.C, laboró desde el día 11 Enero de 2014 hasta el 5 Mayo de 2014, desempeñando el cargo de **VENDEDOR TAT**, con contrato a término indefinido.

Esta certificación se expide en Soacha el 27 Mayo de 2014.

ORGANIZACIÓN
CARDENAS S.A
GESTION HUMANA

MARTHA ECHEVERRI MELGAREJO
Analista de Nomina

FERRETERIA MAURICIO ACERO

NIT. 19.330.336-4

CALLE 4F No. 41b – 05

TEL: 4 07 00 71

CERTIFICA

Que la señora JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.773.127 expedida en Bogotá D. C, laboró desde el día 15 de febrero de 2001 hasta Diciembre 24 de 2005, estuvo unos meses fuera de la empresa y luego se reintegro en Septiembre 15 de 2006 hasta el 1 de Diciembre de 2010, desempeñando el cargo de secretaria y vendedora, con contrato por prestación de servicios.

Esta certificación se expide en Bogotá el 25 de octubre de 2014.

FERREACERO
MATERIALES PARA CONSTRUCCIÓN
25 OCT 2014
CALLE 4 F No. 41- B-03
TEL: 407 00 71 BOGOTÁ D.C.
REMISION

MAURICIO ACERO PIRAJAN

C.C. 19.330.336 de bogotá

Representante legal

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1943385

Bogotá D.C., 10 de Diciembre de 2017 - 8:27 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL CIENTO VEINTISIETE**

52773127

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_KVGSF_278
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

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 10 de diciembre de 2017, a las 8:31:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.773.127
Código de Verificación	610841392017

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102729255

WEB
08:08:52
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 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) JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52773127:

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

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta Certificados

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/12/2017 a las 08:10:26 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52773127 y Nombres: LEAL SUAREZ JAZMIN LUCIA

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) 3159581 - 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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUES

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14318962489

(415)7707212489984(8020) 000001431896248 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 7 7 3 1 2 7 — 2

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEAL	SUAREZ	JAZMIN	LUCIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CR 1 ESTE 16 27 BRR EL TRIUNFO

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jlleal7@misena.edu.co		7 1 1 4 1 4 0	3 1 3 4 7 5 6 6 2 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código:	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 4 1 0 2 9						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 4 1 0 2 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

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

984. Nombre: GARCIA URIBE MAGALLY
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 25-05-2015 11:17:18AM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 07-12-2016
Hora: 11:07:14 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52773127-2 JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ

Información General

Dirección KR 1 ESTE 16 27 BR EL TRIUNFO

Teléfonos 7114140-3134756624

Dirección electrónica jlleal7@misena.edu.co

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/05/2015

Soporte Inscripción 16699118

Fecha Inicio Actividades 29/10/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001442217

MEJOR PARA TODOS

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

Fuente ICA TE TOCA

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL SAS
900143800-2

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

CERTIFICADO DE APTITUD NO. 52773127 - 67627

INFORMACION GENERAL

Fecha y Lugar	18 de Junio de 2015	BOGOTA D.C	Tipo de Examen	INGRESO	
Nombre	JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ		Cédula	52773127	
Género	MASCULINO	Edad 34	Teléfono	7114140	Móvil:
Dirección	CRA 1 ESTE 16 27		E.P.S.	SALUDCOOP EPS	
Empresa	HOSPITAL DE USME ESE		Cargo	FACTURACION	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL REALIZADOS

Tipo de Valoración	Recomendaciones
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO

Observaciones: USO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanent
NO REPORTA		

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

ERGONOMICO

NO REPORTA

Dr. Juan Pablo Galeano L.
MEDICO SALOCOOP
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. Nº SF 1066 de 26/05/15

JUAN PABLO GALEANO LIZARAZO	1066/2015 88222405		JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ		52773127
Médico Especialista en Salud Ocupacional	Registro		Firma Empleado		Huella Cédula

NZ

NA

HISTORIA CLINICA
CUIDADO PRIMARIO OCULAR
EXAMEN DE OPTOMETRIA CODIGO: 28114

FECHA Dic 11/2017
HORA DE ATENCIÓN

ENTIDAD DE SALUD
TIPO DE AFILIACIÓN

PACIENTE

Leal — APELLIDOS
Suarez — SEGUNDO APELLIDO
Jazmin Lucia — NOMBRES

52'773.127 — C.C. / T.I. / R.C.
37 — EDAD
26Dic/80 — FECHA DE NACIMIENTO
Soltera — ESTADO CIVIL

X
Cr. Este #16-27 — DIRECCIÓN
3202499886 — TELEFONO
Soacha — PROCEDENCIA

ACOMPAÑANTE
TELEFONO — PARENTESCO

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD
ANAMNESIS/UCV Visiometria

RX EN USO
OD VL ADICION AV VL VP
OI VL AV VL VP
DISTANCIA PUPILAR
AV HABITUAL AV VL 20/20 VP
AV VL 20/20 VP 015M

EXAMEN EXTERNO Normal AO
P.P.C
CONVER TEST
OFTALMOSCOPIA
OD Medios transparentes
OI Fondo de ojo normal
QUERATOMETRIA
OD
OI
RETINOSCOPIA
OD
OI -0,25
SUBJETIVO
OD AV
OI AV
ADD AV
AV

Emetrop

USO
CONTROL
OTROS

REVISO:
Dr. JAIME A. NEIRA VANEGAS U. DE LA SALLE 8360

CONSIENTO ME FUE INFORMADO Y

medimás EPS

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ , identificada con Cédula Ciudadanía 52.773.127, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ		
Número de identificación:	52773127	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CRA 1 ESRTE 16 27	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	7114140	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52773127	Jazmin Lucia Leal Suarez	01/08/2017	

formación de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 10 días del mes de Diciembre de 2017, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones

aboro:

Medellín, 10 de diciembre de 2017

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

CERTIFICA:

Que JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52773127 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 generación1734455474

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: 10/12/2017 3.24 PM

Dirección IP: 190.26.222.66, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,773,127**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Diciembre de 2017.

Gerente de Clientes

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ 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 de Diciembre del 2017

Señores:

CAMPOALTO ACESALUD

Por medio de la presente, JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ dentificado con número de documento 52773127 a la SubRed 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,



JAZMIN LUCIA LEAL SUATEZ

No. Documento: 52773127

Teléfono: 3202499886