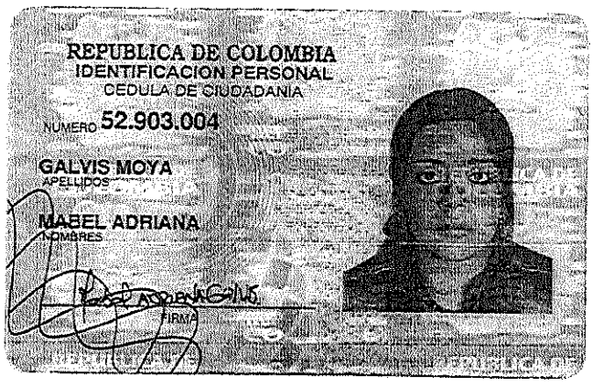


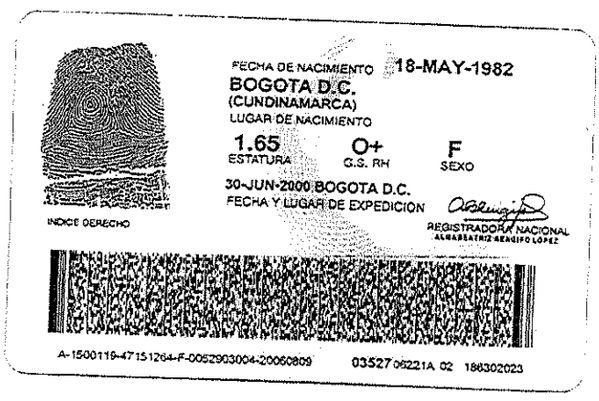
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.903.004

GALVIS MOYA
APELLIDOS

MABEL ADRIANA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1982
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-JUN-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500119-47151264-F-0052903004-20060809 03527 06221A 02 186302023

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 |
|---|---|---|
| GALVIS | MOYA | MABEL ADRIANA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52.903.004 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS:

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 18 MES 05 AÑO 1982

PAÍS _____

DEPTO _____

MUNICIPIO _____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Tv 71 A # 69C - 85 Sur Mz 1

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogota

TELÉFONO 313-3266418 EMAIL Mabelgalvis25@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 12 AÑO 2009 |
| | | | | X | | | | | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | | X | Finanzas y negocios internacionales | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Español | | | X | | | X | | | X |
| Ingles | X | | | X | | | X | | |

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 |
|---|---|---|---|
| Subred Integrada de salud Sur | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogota | contratacioncps@subredsur.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4853551 | DÍA 01 MES 08 AÑO 2016 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| APOYO ADMINISTRATIVO | GESTION Documental | VISTA HERMOSA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital Usme I NIVEL ESE | X | | Colombia |

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

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7-660666 | DÍA 15 MES 05 AÑO 2014 | DÍA 30 MES 07 AÑO 2016 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar en Estadistica | Archivo | Cr 13 # 135A-42 Sur. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Comercializadora BGSAS | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca. | Bogota | Invergiraldo4@hco.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3607992 | DÍA 16 MES 06 AÑO 2011 | DÍA 31 MES 03 AÑO 2014 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar Ventas | Peluches | Cr-20 # 9-04 |

**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 | 3 | 7 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 9 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 5 | 16 |

## 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, 11 de Diciembre - 2017

Rafael Godoy

*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, MABEL ADRIANA GALVIS MOYA

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 52.903.004 de Bogotá CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | Colombia | Departamento | Cundinamarca | Municipio | Santa Fe de Bogota D.C |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | Transversal 71 A N° 69 C -85 SUR | Teléfonos | 3133266418 |
|---|---|---|---|

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| BLANCA IRENE MOYA VACA | C.C. 52.064.519 De Bogotá | MADRE |
| HUGO GALVIS MARTTINEZ | C.C.19.385.218 De Bogotá | PADRE |
| JUAN DIEGO VASQUEZ GALVIS | R.C. 1.023.402.023 De Bogotá | HIJO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** X **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 | 13.760.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | |
| **TOTAL** | $ 13.760.000 |

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 DAVIVIENDA | AHORROS | 4870422971 | Centro Comercial Tunal | $ 3.000 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|---|---|
| BANCO CAJA SOCIAL | PRESTAMO | $ 4.000.000 |
| CODENSA HOGAR | TARJETA | $ 1.200.000 |
| | | |
| | | |
| | | |

## 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

Mabel Godoy

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA D.C. 30 de Diciembre de 2017

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

# Colegio Cooperativo María Auxiliador

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

según Resolución No. 343 del 24 de Febrero de 2000

Confiere a:

## Mabel Adriana Gubis Moya

C.C. 52.[illegible] de Santafé de Bogotá D.C.

el Título de:

## Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica (Artículo 28 Ley 115 de 1994) según los planes y programas vigentes

Sor Leonor Sánchez Rubio
Rectora

Isabel Carrillo Rodríguez
Secretaria

Folio 23 Libro para Control Interno de Diplomas No.

Dado en Bogotá, D.C., a 2 de diciembre de 2

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO COOPERATIVO MARIA AUXILIADORA
CALLE 27 SUR No. 5-56
TELEFONOS 2 397517-2 394670
BOGOTA, D.C.

*Inscripción S.E. 610* *Inscripción Dane 311001-26845*

*En la Ciudad de Bogotá, D.C.* **DOS (2) DE DICIEMBRE** *de* **2000**, *se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las alumnas de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del* ***COLEGIO COOPERATIVO MARIA AUXILIADORA****, Institución aprobada, en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO; según Resolución 548 del 24 de febrero de 2000.*

*Comprobada la situación Legal y Académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de* ***BACHILLER ACADEMICO****, a la graduanda cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

*Mabel Adriana Galvis Moya*
*C.C. 52.903.004 de Santafé de Bogotá, D.C.*

*Es fiel copia tomada del Acta Original General No.* **31** *de* **DICIEMBRE** *de* **2000** *consta de* **89** *alumnas; comienza con el nombre de* **AGUDELO VILLEGAS LEIDY HOHANNA** *y cierra con el nombre de* **YEPES DIAZ DIANA CAROLINA**. *Firmada por* ***SOR LEONOR SANCHEZ DE RUBIO*** *(Rectora) e* ***ISABEL CARRILLO RODRIGUEZ*** *(Secretaria).*

*Dada en Bogotá, D.C., a* **DOS (02) DE DICIEMBRE** *de* **2000**

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

SOR LEONOR SANCHEZ DE RUBIO
Rectora
C.C. 20.517.743 de Facatativa

ISABEL CARRILLO RODRIGUEZ
Secretaria
C.C. 35.401.920 de Zipaquira

VISUAL CASES
(3444x6d - 364855)

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | CERTIFICACIÓN ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPS) | 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, se encuentra el registro de **GALVIS MOYA MABEL ADRIANA**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **52.903.004**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad en calidad de Orden de Prestación de Servicios así:

| ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | PLAZO DE EJECUCION | | OBJETO | VALOR TOTAL CONTRATO | UNIDAD SERVICIOS DE SALUD |
|---|---|---|---|---|---|
| | DESDE | HASTA | | | |
| No. 693 de 2014 | 15 de Mayo de 2014 | 30 de agosto de 2014 | LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ADMINISTRATIVO | $ 3,321,333 | USME |
| No. 889 de 2014 | 1 de Septiembre de 2014 | 30 de Diciembre de 2014 | AUXILIAR DE ESTADISTICA EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA | $ 4,400,000 | USME |
| No. 760 de 2015 | 1 de Enero de 2015 | 8 de junio de 2015 | AUXILIAR DE ESTADISTICA | $ 5,793,333 | USME |
| No. 1647 de 2015 | 9 de Junio de 2015 | 30 de Diciembre de 2015 | AUXILIAR DE ESTADISTICA | $ 7,406,667 | USME |
| No. 273 de 2016 | 4 de Enero de 2016 | 30 de agosto de 2016 | AUXILIAR DE ESTADISTICA | $ 8,800,000 | USME |
| No. 6205 de 2016 | 1 de septiembre de 2016 | EN EJECUCIÓN | AUXILIAR DE ESTADISTICA | $ 2,200,000 | 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: NCLR49VAC

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los **27 días del mes de Octubre del 2016.**

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

| FUNCIONARIO/ CONTRATISTA | NOMBRE | CARGO | SEDE | RED | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| Proyectado por: | Victoria Torres B. | Técnico Administrativo | 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.

Mediante Decreto 171/2016 se designó para el periodo de transición a los Gerentes de las E.S.E. resultantes de la fusión ordenada en el Acuerdo 641/2016, (Subred Integrada de Servicios de Salud) con las funciones previstas en el artículo 5, tanto para efectos de subrogación, obligaciones y perfeccionamiento del proceso de fusión.

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.

Comercializadora B.G S.A.S.
Peluches y Juguetería
NIT. 900.303.530 - 8

EL GERENTE ADMINISTRATIVO

CERTIFICA:

Que la señora MABEL ADRIANA GALVIS MOYA , identificada con la cedula de ciudadanía número 52.903.004 laboro en nuestra empresa desde el día 16 de Junio de 2011 hasta el día 31 de Marzo de 2014, desempeñando el cargo de Auxiliar en ventas, devengando un salario mínimo legal , tiempo en el cual demostró responsabilidad y cumplimiento ante su trabajo.

Esta certificación se expide por solicitud de la interesada, a los (16) dieciséis días del mes de Abril de 2014.

Atentamente,

Fantoys

COMERCIALIZADORA
BG S.A.S.
NIT 900.303.530 - 8
JORGE IVAN BOTERO GOMEZ
C.C. 79.639.828

Centro Comercial UPPI
Cra. 20 No. 9 - 04
OFICINA 406 • Tel. 360 74 76
Tel. 360 79 92
Bogotá D.C.- Colombia
www.fantoys.co

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 1945357**

**Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2017 - 9:22 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) **MABEL ADRIANA GALVIS MOYA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS TRES MIL CUATRO** de BOGOTÁ, D.C.

**52903004**

**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_45PRH_229**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 102747823

WEB
09:14:37


Bogotá DC, 11 de diciembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MABEL ADRIANA GALVIS MOYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52903004:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de diciembre de 2017, a las 08:38:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 52903004 |
| Código de Verificación | 52903004171212083806 |

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

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

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

Síguenos en >

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

Inicio Institucion Contáctenos

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que a la fecha, 11/12/2017 a las 09:12:53 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52903004 y Nombres: GALVIS MOYA MABEL ADRIANA
**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

**Volver al Inicio**

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

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

Todos los derechos reservados 2011.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14289249479

14153770721424899 8(8020) 000001428924947 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 9 0 3 0 0 4 _ 4

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

13 2

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 5 2 9 0 3 0 0 4

27. Fecha expedición: 2 0 0 0 0 6 3 0

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C. — 0 0 1

31. Primer apellido: GALVIS

32. Segundo apellido: MOYA

33. Primer nombre: MABEL

34. Otros nombres: ADRIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

41. Dirección principal: TV 71 A 69 C 85 SUR CA 62 BRR CANDELARIA LA NUEVA

42. Correo electrónico: mabelgalvis.25@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1: 4 6 3 4 1 7 6

45. Teléfono 2: 3 1 4 4 2 3 9 2 4 8

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: 8 2 9 9 | 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 4 0 4 1 5 | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

### Usuarios aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código: | | | | | | | | | | |

### 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 0 4 2 2

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 ella incurra podrá ser sancionada.
Artículo 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Mabel Adriana Galvis Moya
52 903 004 Bta

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

964. Nombre: BELTRAN CASTRO MARTHA CONSUELO
965. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 22/04/2014 08:02:43AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

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

Fecha: 22-04-2014
Hora: 8:17:51 AM


**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

**CONTRIBUYENTE** NIT 52903004-4 MABEL ADRIANA GALVIS MOYA

**Información**

*Dirección* TV 71A 69C85 SUR CA 62
*Teléfonos* 4634176-3144239248
*Dirección electrónica* mabelgalvis.25@hotmail.com
*Fax*

**Información de**

*Fecha Inscripción* 22/04/2014
*Soporte Inscripción* 16117848
*Fecha Inicio Actividades* 15/04/2014
*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:*

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ HUMANA

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

# SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

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

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **12/12/2017 08:32:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **MABEL ADRIANA GALVIS MOYA**

Cargo **AUXILIAR DE GESTION** Doc. Identidad **CC 52903004**

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

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

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

| EXAMEN PERIODICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Requiere restricciones de actividades | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |

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

### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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

| REMISIÓN | SI ⊗ | NO ○ | ARL | SI ○ | NO ○ | EPS CONTROL PRENATAL, | SI ⊗ | NO ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

APTA PARA EL CARGO
SE RECOMIENDA:
*REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ADICIONALES A LAS PAUSAS DIRIGIDAS.
*MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL.

CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ SANTAMARIA
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52503829 RM: RM894 LO11409

Trabajador: MABEL ADRIANA GALVIS MOYA
CC: 52903004
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

# · VISIOMETRIA

NOMBRE MABEL ADRIANA GALVIS M. FECHA 12-12-17 EDAD 36 SEXO M ☐ F ☑

CC O TI 52903004 OCUPACION Ax Grafica INGRESO ☑ PERIODICO ☐ EGRESO ☐

EMPRERSA Sub Red Sur: Usaquén ULTIMO CONTROL 36 meses

AVSC: OD VL 20/20 VP 20/20 AVCC: OD VL _____ VP _____

OI VL 20/20 VP 20/20 OI VL _____ VP _____

EXAMEN EXTERNO

OD NORMAL ☑ / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL ☑ / OBSERVACIONES _____

EXAMEN MOTOR

DUCCIONES OD NORMAL ☑ VERSIONES NORMAL ☐

OI NORMAL ☑

ISHIHERG _____ COVER TEST _____

OFTALMOSCOPIA

OD NORMAL ☑ / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL ☑ / OBSERVACIONES _____

TEST ISHIHARA

OD NORMAL ☑ / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL ☑ / OBSERVACIONES _____

ESTEREOPSIS _____

REF _____ pt Emetrope

OBSERVACIONES _____

FIRMA DEL PACIENTE
CC 52.903004

ulices Ortiz Rodriguez
R.M. 1811982
Cirujano General
Salud Ocupacional
Auditoria en Salud

FIRMA DEL ESPECIALISTA
RM Resolucion 6008

calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 – 3176473117
E- mail: eulicesortizr@gmail.com

# Certificado de Afiliación

La Señora Mabel Adriana Galvis Moya , identificada con Cédula Ciudadanía 52.903.004, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

## Información del Afiliado:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Mabel Adriana Galvis Moya | | |
| Número de identificación: | 52903004 | Tipo Identificación: | Cédula Ciudadanía |
| Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): | 21/11/2005 | 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: | trv 71a 69c -85 sur casa 62 | Municipio residencia: | Bogotá D.C. |
| Teléfono actual de residencia: | 4634176 | Depto. Residencia: | Bogota D.C. |

| Documento Aportante | Razón Social | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|---|---|---|---|
| 52903004 | Galvis Moya Mabel Adriana | 01/05/2014 | |

## Información 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: 6446100 y en el resto del país 018000113337.**

Se firma y expide en Bogotá a los 11 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.**

CORDIALMENTE

**NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO**

**Coordinador Nacional de Operaciones**

Elaboro:

ARL | sura

Medellín, 11 de diciembre de 2017

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

## CERTIFICA:

Que MABEL ADRIANA GALVIS MOYA identificado(a) con cédula de ciudadanía 52903004 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 15/10/2016 **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 generación1734535598

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 11/12/2017 9:53 AM

Dirección IP: 190.24.146.205, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones

PROSPERIDAD PARA TODOS

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MABEL ADRIANA GALVIS MOYA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52903004,** se encuentra afiliado (a) desde **18/11/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Novedad | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha | MultivinculaciónDecreto 3995/2008 |
| Vinculación Inicial | 10 | CITI COLFONDOS | 11/12/2002 |   |
| Asignado por multivinculación por Decreto 3995/2008 | 23 | COLPENSIONES | 27/10/2008 | Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el ISS |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de mayo de 2014.

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano**

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

Bogotá D.C. 11 de Diciembre de 2017.

**Señores**
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**
**Oficina de Contratación**
**Ciudad**

Asunto: AUTORIZACION

Por medio de la presente autorizo al área de Contratación para que sea verificada la información anexada en la hoja de vida con respecto a los títulos y datos académicos.

Agradezco su atención.

Cordialmente,

**MABEL ADRIANA GALVIS MOYA**
**C.C. 52903004 DE BOGOTA**
**APOYO ADMINISTRATIVO GESTION DOCUMENTAL**

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT | PM-GRI-FT-05 |

Fecha de Diligenciamiento — Día: 11 — Mes: DICIEMBRE — Año: 2017

Clase de Vinculación — Proveedor: X — Colaborador: ___ — EAPB: ___ — Otro: ___

## PERSONA NATURAL

Nombre Completo: MABEL ADRIANA GALVIS MOYA

CC: X — CE: ___ — TI: ___ — Otro: ___ — N°: 52.903.004

Fecha Nacimiento — Día: 18 — Mes: 05 — Año: 1982 — Lugar Nacimiento: BOGOTA

Profesión, Ocupación u Oficio: AUX. DOCUMENTAL — Fecha Expedición Documento: 30/JUNIO/2000

Dirección Residencia: TRV. 71A # 69C-85 SUR — Teléfono (s): 313-3266418

Ingresos Mensuales: 1.420.000 — Egresos Mensuales: 1.220.000

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

Concepto Otros Ingresos: N.A

Estado Civil: SOLTERA — Correo Electrónico: mabelgalvis.25@Hotmail.com

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

¿Maneja Recursos Públicos? — SI: ___ — NO: X — ¿Tiene Reconocimiento Público? — SI: ___ — NO: X

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

## PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: N.A — Nit: N.A — DV: N.A

Tipo de Empresa — Pública: N.A — Privada: N.A — Mixta: N.A — Sector de la Economía: N.A — CIIU: N.A

Fecha de constitución en Cámara de Comercio: N.A (AAAA-MM-DD) — E-mail: N.A

Oficina Principal — Dirección: N.A — Ciudad: N.A — Teléfono (s): N.A — Tiene Sucursales — SI: N.A — NO: N.A

Representante Legal — Nombre Completo: N.A

CC: N.A — CE: N.A — TI: N.A — Otro: N.A — N°: N.A

Representante Legal — Dirección: N.A — Teléfono: N.A

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. |
|---|---|---|---|---|
| N.A | | N.A | N.A | N.A |
| N.A | | N.A | N.A | N.A |
| N.A | | N.A | N.A | N.A |

## ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? — SI: ___ — NO: X — Cuál: N.A

¿Poseé productos Financieros en el Exterior? — SI: ___ — NO: X — Cuál: N.A

| Producto | | Número Producto | Moneda | Monto | Entidad | País | Ciudad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N.A | | N.A | N.A | N.A | N.A | N.A | N.A |
| N.A | | N.A | N.A | N.A | N.A | N.A | 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).

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

**FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT**

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

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

**Origen de Ingresos:** Prestar los servicios como apoyo De Gestion documental a la subredSur.

## 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 incluídos 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 11 días del mes de 12 del año 2017 en la ciudad de Bogota.



**HUELLA**

Mabel Gaona

**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 | AAAA-MM-DD | Hora | | Firma | |
| Observaciones | | | | | |