Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Elizabeth Roa,

Elizabeth Roa Sanchez con el Número de documento 1010225825 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Elizabeth Roa Sanchez

IDENTIFICADO CON: C.C. [✓] C.E. [ ] T.I. [ ] N° 1.010.225.825 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Bogota	Departamento	Bogota	Municipio	Bogota
Barrio-Dirección	Cra 78 K # 57 D-39 Sur			Teléfonos	3195965682

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Araminta Sanchez Lopez	41.774.897	Madre
Luis Antonio Roa Sacristan	19.291.399	Padre
Luis Francisco Roa Sanchez	80.762.210	Hermano
Diana Carolina Roa Sanchez	1.030.556.380	Hermana
Jackelin Roa Sanchez	1.030.663.134	Hermana

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	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

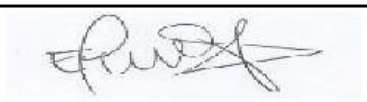
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota D.C 23/08/2018

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Tom Adams

Institución Educativa Distrital

Jornada Tarde

Autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
según Res. No. 2339 del 19 de Marzo de 1997, 7448 del 13 de Noviembre de 1998
y 418 del 30 de Enero de 2001.

Confiere a:

Elizabeth Roa Sánchez

Identificado(a) con 53121801834 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 113 de 1994);
según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaria

Anotado al Folio 2 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 2

Dado en Bogotá, D.C. a los 06 días del mes de Diciembre de 2012

Este diploma se registró en la Secretaría de Educación, se encuentra de folios y refleja la concordancia con el Decreto No. 0831 del 8 de Mayo de 1998 y 2135 del 3 de Diciembre de 1993

Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

ELIZABETH ROA SANCHEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.010.225.825

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TECNÓLOGO EN

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá,
a los nueve (9) dias del mes de febrero de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

17763963 - 09/02/2016
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co. bajo el número 940400626959CC1010225825C.

Acta Individual de Grado

Colegio Tom Adams

Institución Educativa Distrital

Jornada Tarde

Inscripción S.E. 6977
Inscripción DANE 11100112347

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 06 días del mes de Diciembre de 2012 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del el **COLEGIO TOM ADAMS INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL**, institución aprobada, en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO** según Res. No. 2559 del 19 de Marzo de 1997, 7440 del 13 de Noviembre de 1998 y 418 del 30 de Enero de 2001.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los graduandos que cursaron y fueron promovidos en los estudios correspondientes al Nivel de Educación Medi Académica, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO** a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Elizabeth Roa Sánchez
Identificado (a) con 95121801834 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 01 del 06 de Diciembre de 2012, que consta de 57 estudiantes, que comienza con el nombre de AGUILLON SAAVEDRA ANGIE LORENA y se cierra con el nombre de VEGA ROMERO FREDY ANDREY .

Firmada y sellada por Edilberto Muñetones Cifuentes (Rector)
y Nubia Mercedes Moreno Panche (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C. a los 06 días del mes de Diciembre de 2012.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7º de Decreto 180 de 1981. No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994.

(Firmado y sellado)

Edilberto Muñetones Cifuentes
C.C. 11.294.110 de Girardot
Rector

Nubia Mercedes Moreno Panche
C.C. 41.627.764 de Bogotá
Secretaria

REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 17763963 - 09/02/2016

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: ELIZABETH ROA SANCHEZ, Con Cedula de Ciudadania No. 1.010.225.825

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGO EN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de febrero de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940400626959CC1010225825A.

Bogotá D.C

Señores:
SENA

_____
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Elizabeth Roa Sánchez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…"

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Tecnólogo en Gestión del Talento Humano

_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: 

No. de documento: 1.010.225.825

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Cra 78 K # 57 D-39 Sur

Teléfono: 3195965682

www.nexarte.com

LA GERENCIA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

C E R T I F I C A:

Que la señora **ELIZABETH ROA SANCHEZ** identificada con cédula de ciudadanía No:1.010.225.825 laboró en nuestra organización desde el 21 de noviembre de 2016, hasta el 07 de Abril de 2017 desempeñando el cargo de **RECLUTADORA.**

Esta certificación se expide a los siete (07) días del mes de Abril del Dos Mil Diecisiete (2017).

Cordialmente,

nexarte
NEXARTE SERVICIOS TEMPORALES S.A
NIT. 860.058.975-6
GESTION TALENTO HUMANO

CATALINA Ma. SÁNCHEZ D.
Gerente Gestión del Talento Humano
nexarte servicios temporales
NIT: 860.058.975-6

geslab

LOGIS

NIT 900422826-3

CERTIFICAMOS

Que el (la) señor(a) **ROA SANCHEZ ELIZABETH,** identificado (a) con cédula de ciudadanía Nº **1.010.225.825** Estuvo vinculado (a) laboralmente en **GESTION LABORAL INTEGRAL S.A.S.** por un contrato de obra o labor contratado(a) como trabajador(a) en misión en la empresa usuaria **ALIMENTOS ORIENTALES KAMARI**. Desde el periodo comprendido del 20 FEBRERO de 2016 hasta el 21 de Junio de 2016. Lapso en el cual se desempeño como **AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS.**

Se expide el siguiente certificado a petición del interesado. a los 03 días del mes de agosto de 2016

Atentamente,

GESTION LABORAL INTEGRAL S.A.S.

LÉIDY ROJAS
Auxiliar Administrativa

ACTIVOS

El talento humano es nuestro mejor recurso

NIT. 860.090.915

CERTIFICACIÓN

Que la Señora ROA SANCHEZ ELIZABETH identificada con cédula de ciudadanía número 1,010,225,825, laboro en nuestra empresa a partir del 13 de Junio de 2017 hasta el 08 de Septiembre de 2017, mediante un contrato de trabajo por el termino que dure la OBRA O LABOR, en el cargo actual de ANALISTA DE RECLUTAMIENTO I con una asignacion PROMEDIO mensual de NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($986,664).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Agosto de 2018 con destino a A Quien interese.

Atentamente,

MARIA ELENA GUARIN ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL
LM: ACTIVOS S.A.S. - 1088632

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

Favor confirmar la veracidad de esta certificación, comunicándose a nuestra línea de servicio al cliente 5940530 opción 3, citando el número de requerimiento 15192187

Bogotá D.C. Cra. 60 No. 11-14 Local 13
Tels: 4200290 - 4200172

SERVIOLA S.A.
NIT. 800.148.972-2

LA GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICACION

Que la señora ROA SANCHEZ ELIZABETH, identificada con cedula de ciudadanía número 1010225825 laboro en nuestra empresa a partir del 10 de Abril de 2014 hasta el 20 de Enero de 2016, mediante un contrato de aprendiz Sena, con un apoyo de sostenimiento mensual de SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS ($ 689,455).

La presente se expide en Bogotá D.C., a solicitud de la interesada, a los (20) días del mes Enero del año dos mil dieciséis (2016).

Atentamente.

SANDRA BELTRAN GUILLEN
Gerente de Recursos Humanos

C.C. Fólder

www.nexarte.com

LA GERENCIA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

C E R T I F I C A:

Que la señora **ELIZABETH ROA SANCHEZ** identificada con cédula de ciudadanía No:1.010.225.825 laboró en nuestra organización desde el 21 de noviembre de 2016, hasta el 07 de Abril de 2017 desempeñando el cargo de **RECLUTADORA.**

Esta certificación se expide a los siete (07) días del mes de Abril del Dos Mil Diecisiete (2017).

Cordialmente,

nexarte
NEXARTE SERVICIOS TEMPORALES S.A
NIT. 860.058.975-6
GESTION TALENTO HUMANO

CATALINA Ma. SÁNCHEZ D.
Gerente Gestión del Talento Humano
nexarte servicios temporales
NIT: 860.058.975-6

gestab

NIT. 900422815-3

LOGIS

CERTIFICAMOS

Que el (la) señor(a) **ROA SANCHEZ ELIZABETH,** identificado (a) con cédula de ciudadanía Nº **1.010.225.825** Estuvo vinculado (a) laboralmente en **GESTION LABORAL INTEGRAL S.A.S.** por un contrato de obra o labor contratado(a) como trabajador(a) en misión en la empresa usuaria **ALIMENTOS ORIENTALES KAMARI.** Desde el periodo comprendido del 20 FEBRERO de 2016 hasta el 21 de Junio de 2016. Lapso en el cual se desempeñó como **AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS.**

Se expide el siguiente certificado a petición del interesado, a los 03 días del mes de agosto de 2016

Atentamente,

GESTION LABORAL
INTEGRAL S.A.S.
NIT. 900422815 - 3

LEIDY ROJAS
Auxiliar Administrativa

Cra 44 # 53 - 69
Tel. 605 3353 - 605 3361
Cel. 314 6126001 / 314 5167407
info@gestionlaboral.co / www.gestionlaboral.co
Barranquilla - Colombia

Calle 93 No. 13A - 24 Oficina 402
Tel. 635 0577
www.gestionlaboral.co / www.gestionlaboral.co
Bogotá - Colombia

Cra 43A No. 14 - 109 Oficina 1504 - Manga
Tel. 660 7606
Cel. 318 6126001
www.gestionlaboral.co / www.gestionlaboral.co
Cartagena - Colombia

Tel. 605 3353
Cel. 318 6126001
www.gestionlaboral.co / www.gestionlaboral.co
Cali - Colombia

ACTIVOS

El talento humano es nuestro mejor recurso

NIT. 860.050.915

CERTIFICACIÓN

Que la Señora ROA SANCHEZ ELIZABETH identificada con cédula de ciudadanía número 1,010,225,825, laboro en nuestra empresa a partir del 13 de Junio de 2017 hasta el 08 de Septiembre de 2017, mediante un contrato de trabajo por el termino que dure la OBRA O LABOR, en el cargo actual de ANALISTA DE RECLUTAMIENTO I con una asignacion PROMEDIO mensual de NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($986,664).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Agosto de 2018 con destino a A Quien interese.

Atentamente,

MARIA ELENA GUARIN ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL
LM: ACTIVOS S.A.S. - 1088632

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

Favor confirmar la veracidad de esta certificación, comunicándose a nuestra linea de servicio al cliente 5940530 opción 3, citando el número de requerimiento 15192187



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-ENE-2014 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00542829-F-1010225825-20140131 0036966091A 1 40437451

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.225.825

ROA SANCHEZ
APELLIDOS

ELIZABETH
NOMBRES





FIRMA

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14414653262

(415)7707212489984(8020) 000001441465326 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 0 2 2 5 8 2 5	3	Impuestos de Bogotá 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	1 0 1 0 2 2 5 8 2 5	2 0 1 4 0 1 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
ROA	SANCHEZ	ELIZABETH	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 78 K 57 D 39 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
roaelizabeth999@gmail.com		3 1 9 5 9 6 5 6 8 2	

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 7 0 5 1 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	1 2																									

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. 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			

IMPORTANTE: 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 renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 7 0 5 1 0

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 MATEUS VARGAS MARIA FERNANDA
985. Cargo: Analista I

Fecha generación documento PDF: 10-05-2017 10:04:01AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 10-05-2017
Hora: 10:19:39 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1010225825-3 ELIZABETH ROA SANCHEZ

Información General

Dirección KR 78K 57D 39 SUR

Teléfonos 3195965682

Dirección electrónica ROAELIZABETH999@GMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 10/05/2017

Soporte Inscripción 23229886

Fecha Inicio Actividades 10/05/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica 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: 17001948466

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Elizabeth

Apellidos: Roa Sanchez

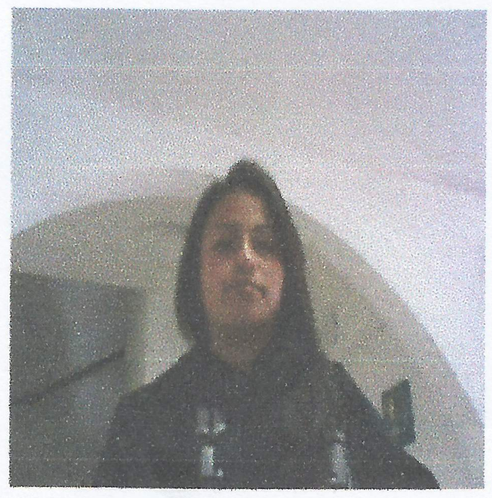
Documento de identidad: C.C. ~~T.I.~~ Pasaporte No 1010225825

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	29 AGO 2018	21502016B	
	2	29 SEP 18		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	29 AGO 2018	FX18001	
	2	29 SEP 18		
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		29 AGO 2018	N5021B003	
Virus de Papiloma Humano				

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	ELIZABETH ROA SANCHEZ			
Tipo de Documento:	CC	**Documento**	1010225825	
Sexo F	**F. Nacimiento:**	18/12/1995	**Edad:**	21 Años
Entidad:	PARTICULAR/SUR		**Cargo:**	AUXILIAR DIGITACION
Centro de Costo:	N/A			
Fecha y Hora entrega resultados:	02/05/2017 8.43 AM			

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

VALORACION OPTOMETRICA

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION VISUAL

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JOSE ALEJANDRO RODRIGUEZ MEDINA RM: 7241/2016

Dr. Alejandro Rodriguez Medina
R.MD. 11910/1987
Esp. S.Ocupacional
Res. 7241/2016

Firma y sello del Médico Evaluador

ELIZABETH ROA SANCHEZ
1010225825
C.C
Firma del trabajador Evaluado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2018-08-23	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Bogota

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Roa	Sanchez	Elizabeth			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1010225825	Bogota D.C	2014-01-17

PASAPORTE | OTRO | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1995-12-18	Bogota D.C	Bogota D.C	Bogota D.C

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X, CASADO(A), DIVORCIADO(A), UNION LIBRE, VIUDO(A)			3195965682

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER, POSGRADO, UNIVERSITARIO, BACHILLER, PRIMARIA X, TECNICO, TECNOLOGO, OTRO, CUAL: Tecnologo	Gestion del talento humano

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 78 K # 57 D-39 Sur	Bogota D.C	Bogota D.C	Bogota D.C	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
roaelizabeth999@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			

PASAPORTE | OTRO | CUAL: | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO | NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA. . . . .

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI	SI	NO	Digitar el codigo del rut
		NO	ICA SI	NO	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO		SI / NO		SI / NO

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 0**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 0**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 0**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Hernandez		Ximena	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	Bogota	Amiga	3057726250

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ **CUAL:**

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Digite su profesión

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 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 utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

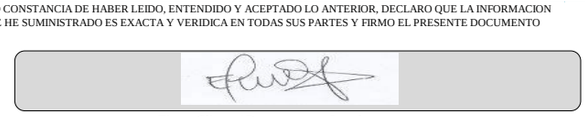
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude***,(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO***).
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES – ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA			
1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION		
1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ELIZABETH ROA SANCHEZ identificado(a) con CC 1010225825 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**21/11/2016**
Estado de la Afiliación:	**RETIRADO**
IPS:	**UNION TEMPORAL ANDAR PLUS - ANDAR KENEDY**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 21 días del mes de agosto del año 2018 .

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ELIZABETH ROA SANCHEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,010,225,825**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Agosto de 2018.



_____
Gerente de Clientes

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1010225825			SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento			ARL
Elizabeth		Roa	Sanchez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
18/12/1995	Bogota	Cra 78 K # 57 D-39 Sur	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Nueva EPS	Porvenir		$ 1'400,000
EPS - Salud	AFP - Pensiones		Honorarios
Digitacion			
Objeto Contractual (Cargo)			Fecha Inicio del Contrato
roaelizabeth999@gmail.com			3195965682
Correo Electrónico			Celular
			
Firma del Afliado			Firma y Nombre Supervisor del Contrato
			C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484





Seguros boliva
si usted desea
si usted desea



De acuerdo al
Tecnicos: 1.5(
Profesionales:
Digitadores o
Especialistas:

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 114082223

WEB
18:49:29

Bogotá DC, 21 de agosto del 2018

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) ELIZABETH ROA SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010225825:

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 CONTRALORIA 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 21 de agosto de 2018, a las 18:48:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1010225825
Código de Verificación	101022582518082118 4825

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
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2397191

Bogotá D.C., 21 de Agosto de 2018 - 18:47 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO**

1010225825

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.



ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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: 8_26HHS_4718
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 18:50:50 horas del 21/08/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1010225825**
Apellidos y Nombres: **ROA SANCHEZ ELIZABETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 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 identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

ELIZABETH - ROA SANCHEZ *Identificado con* *CC1010225825*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0149 CALLE 100, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24085318917*
Fecha de Apertura	:	*08 de junio de 2018*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN CORRESPONDA
Realizada en la oficina 0121 KENNEDY PLAZA de la ciudad de BOGOTA, el día miércoles, 22 de agosto de 2018.

Cordialmente,

Efectuado por:
A9P1V7A4 - ADRIANA PATRICIA PALACINO VARG

Banco Caja Social
OF. KENNEDY PLAZA
AS 81 | 22 AGO 2018 | OF. 121
Vo.Bo.
TRAMITADO

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social Establecimiento Bancario

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 26-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ROA	SANCHEZ	ELIZABETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1010225825

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES DIC AÑO 1995

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 78 K # 57 D 39 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7754109

EMAIL roaelizabeth999@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 BASICA											*TITULO* Bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2012
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TL	4	X		TECNOLÓGO EN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1	2016	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 26-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Activos S.A		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5940500	DIA 13 MES 6 AÑO 2017	DIA 8 MES 9 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Analista de reclutamiento	Selección y reclutamiento	Cra 49 a # 93-39

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Nexarte S.A		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3217088	DIA 17 MES 11 AÑO 2016	DIA 7 MES 4 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Reclutadora	Selección y reclutamiento	Cra75

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
TERIYAKI LTDA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6107786	DIA 20 MES 2 AÑO 2016	DIA 21 MES 6 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Asistente recursos humanos	Recursos humanos	Cra 83

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 26-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Activos S.A		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5940500	DIA 26 MES 6 AÑO 2015	DIA 20 MES 1 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de seleccion y reclutamiento	Selección y reclutamiento	Cra 49 a # 93-39 castellana

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	1	6
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogota D.C 26/09/2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 26-sep-2018

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

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E **APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO** **FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS**	**CÓDIGO: AP-TH-FT-013** **VERSIÓN: 05** **FECHA: 2017-11-08**

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:		**FECHA**		**N° FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	**Elizabeth Roa Sanchez**		**DOCUMENTO:**	**1,010,225,825**	
TELEFONO	**3195965682**		**ACTIVIDAD SOLICITADA:**		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

	B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO					
1	**NECESIDAD DE PERSONAL OPS**					
2	**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**					
3	**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**	**SI**		**NO**		

	C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO					
1	**SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II**	**SI**	X			SE DEBE ADJUNTAR EL PANTALLAZO INDICADO - GUARDE SU CONTRASEÑA Y USUARIO YA QUE EL CONTRATO LE
2	**FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)**	**SI**	X			FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD
3	**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)**	**SI**	X			FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD
4	**DIPLOMAS ACADÉMICOS**	**SI**	X	**N/A**		TECNICOS: DIPLOMA TECNICO Y DIPLOMA BACHILLER - PROFESIONALES: SOLO DIPLOMA PREGRADO - ESPECIALISTAS: DIPLOMA PREGRADO Y DIPLOMA ESPECIALISTA
5	**ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO**	**SI**	X	**N/A**		TECNICOS: ACTA TECNICO Y ACTA BACHILLER - PROFESIONALES: SOLO ACTA PREGRADO - ESPECIALISTAS: ACTA PREGRADO Y ACTA ESPECIALISTA
6	**CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES**	**SI**		**NO**	X	
7	**SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)**	**SI**		**N/A**	X	
8	**FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)**	**SI**	X	**N/A**		
9	**CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA**	**SI**	X	**N/A**		UNICAMENTE LOS QUE REGISTRADOS EN EL FORMATO DE HOJA DE VIDA
10	**FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%**	**SI**	X			
11	**REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU _____ FECHA _____**	**SI**	X			CON MARCA DE AGUA QUE DIGA; CERTIFICADO O COPIA CERTIFICADO
12	**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**	**SI**	X			
13	**LIBRETA MILITAR (Hombres)**	**SI**		**N/A**	X	
14	**TARJETA PROFESIONAL**	**SI**		**N/A**	X	
15	**RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)**	**SI**		**N/A**	X	APLICA PARA PROFESIONALES Y TECNICOS DEL AREA DE LA SALUD
16	**CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)**	**SI**		**N/A**	X	APLICA PARA PROFESIONALES Y TECNICOS DEL AREA DE LA SALUD
17	**ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Ingenierías, medicina veterinaria,Derecho, Contaduría, Adminsitración)**	**SI**		**N/A**	X	
18	**CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)**	**SI**		**N/A**		APLICA A TODOS LOS PERFILES
19	**EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)**	**SI**	X			APLICA A TODOS LOS PERFILES Y DEBE APLICARSELO EN CUALQUIER INSTITUCION LEGALMENTE CONSTITUIDAS
20	**CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años**	**SI**		**N/A**	X	
21	**CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias)**	**SI**		**N/A**	X	
22	**CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)**	**SI**		**N/A**	X	
23	**CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)**	**SI**		**N/A**	X	
24	**LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)**	**SI**		**N/A**	X	
25	**ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)**	**SI**		**N/A**	X	
26	**FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado**	**SI**	X			DILIGENCIAR LO QUE SE ENCUENTRA EN GRIS - ESTE FORMATO DEBE VENIR ESCANEADO E IMPRESO CON HUELLA Y FIRMA ORIGINAL
27	**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____**	**SI**	X			CERTIFICADO COMO INDEPENDIENTE
28	**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____**	**SI**	X			
29	**FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____**	**SI**	X			
30	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**	**SI**	X			
31	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**	**SI**	X			
32	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**	**SI**	X			
33	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**	**SI**	X			
34	**CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)**	**SI**	X			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
V°/B° Proceso Solicitante		**Fecha:**	
V°/B° Talento Humano:		**Fecha:**	
V°/B° Contratación:		**Fecha:**	