Confirmación de acceso al SECOP Recibidos x

alertas@secop.gov.co 15 nov
para -

Confirmación de acceso al SECOP II

Colombia Compra Eficiente

Estimado(a) usuario(a):

Colombia Compra Eficiente ha aceptado su solicitud de acceso a los servicios de SECOP II.

Ahora puede acceder al SECOP II utilizando el usuario y contraseña establecidos en el registro.

Para ingresar siga el siguiente enlace:

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/

(Si no puede hacer clic en el enlace cópielo y péguelo en la barra de direcciones de su navegador web)

Mesa de Servicio, Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 7:00 p.m. Sábado 8:00 a.m. - 12:00 p.m. Línea Nacional 018000-52-0602 / En Bogotá 745-6788 www.colombiacompra.gov.co/soporte

Este correo electrónico contiene información de carácter confidencial para el uso exclusivo de la persona a la que va dirigido. Si usted no es el destinatario, por favor elimínelo.
Para más información sobre los términos y condiciones de uso de SECOP, consulte el sitio web de SECOP.
Términos de Servicio y Condiciones de Uso de SECOP.
Derechos reservados SECOP 2015

Por favor piense en el medio ambiente antes de imprimir este correo electrónico. Imprímalo únicamente si es necesario.

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

Última Actualización: 18-oct-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CAÑDN	GARCIA	CLAUDIA MERCEDES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 39809491

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES NOV AÑO 1975

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Tabio

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

TRANS 53 A No.22-03 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3282828

EMAIL ccanongarcia@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* BACHILLERATD CDMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1996
										X	

EDUCACIÓN SUPERIDR (PREGRADD Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONDLÓGICD, EN MODALIDAD ACADÉMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNDLÓGICA). 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 DBTENIDD*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		ESTUDIANTE	7	2016	No especificada

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: 18-oct-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICD COMENZANDD POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	apoyorecursosfisicos@subredcentrooriente.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 1 MES 2 AÑO 2013	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO A LA GESTIoN DEL aREA DE	RECURSOS FISICOS	CARRERA 15 NO.1 59 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Sopó	hospitalsopo@yahoo.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8572242	DIA 17 MES 3 AÑO 2011	DIA 31 MES 8 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Apoyo Administrativo	Control Interno, Contabilida, Cartera	cARRERA 4A No.5-89

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	6	11
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	11

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 INCDPATIBILIDAD 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

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: 18-oct-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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 ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-oct-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CLAUDIA MERCEDES CAÑON GARCIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 39809491 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección TRANS 53 A No.22-03 SUR **Teléfonos** 3134279856 3282828

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JORGE CAÑON	1010536	PADRE
SANTIAGO ZAPATA CAÑON	1034656134	HIJO(A)
MARTIN RODRIGUEZ CAÑON	1016603527	HIJO(A)
SARA RODRIGUEZ CAÑON	1016606495	HIJO(A)

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 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	$ 22.080.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 22.080.000,00

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 DE BOGOTA	AHORROS	10245896	AV PRIMERA	$ 50.000,00
BANCO DE BOGOTA	CORRIENTE	0000000	AV PRIMERA	$ 250.000,00
BANCO DE BOGOTA	CORRIENTE	0000000	AV PRIMERA	$ 250.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-oct-2018

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
FINANZAUTO	CREDITO VEHICULO	$ 10.000.000,00

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** ◯ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	79964310

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

BOGOTÁ D.C. 18-oct-2018

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Instituto Técnico de Bachillerato Comercial Departamental Integrado

"JOSE DE SAN MARTIN"

Tabio - Cundinamarca

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
Según Resolución No 000071 del 21 de Febrero 1994

Jornada Mañana

Confiere a:

Claudia Mercedes Cañón García

Identificado con C.C. No. 39809491 De Tabio

El Título de

Bachiller Comercial

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

Rector

Secretaria

Registro Interno: Acta No. 18 Folio No. 043

Dado en Tabio a 30 de Nov. de 1994

UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

Personería Jurídica N° 47 de 1953 Ministerio de Justicia
NIT. 860015685-0

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA DE REGISTRO Y CONTROL

HACE CONSTAR

Que CLAUDIA MERCEDES CANON GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 39809491, se encuentra activo en la FACULTAD DE DERECHO, durante el periodo académico 2016-2S.

El Plan de Estudios del Programa de PREGRADO en Derecho comprende un total de (155) créditos académicos distribuidos en periodos académicos.

El estudiante ingresó durante el periodo académico (1) de (2010) y ha aprobado un total de (153/155) créditos académicos, que representan un avance equivalente a (10) periodo académico nominal.

La presente constancia se expide, a solicitud del interesado, con destino a QUIEN INTERESE.

Dada en Bogotá D.C., a los 26 días del mes de julio de 2016.

MARGOTH HIGINIO HERNANDEZ
Jefe de Registro

EMAIL: registroycontrol@ugc.edu.co
Carrera 5 # 12B-49 conmutador: 327 6999 ext. 223 - telefax: 243 3442 • www.ugc.edu.co
Bogotá. D.C. - Colombia

Acta Individual de Grado

INSTITUTO TECNICO DE BACHILLERATO
COMERCIAL DEPARTAMENTAL INTEGRADO
"JOSE DE SAN MARTIN"
Jornada Mañana
Tabio (Cundinamarca)

Registro Educativo Folio No 346
Inscripcion DANE 12578500101

En el municipio de Tabio (Cund.) a los 30 días del mes de Noviembre del año 1996 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria del INSTITUTO TECNICO DE BACHILLERATO COMERCIAL DEPARTAMENTAL INTEGRADO "JOSE DE SAN MARTIN", Institución aprobada hasta el año 1998 en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por La Secretaria de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Titulo de Bachiller Comercial, según Resolución No 000071 del 21 de Febrero de 1994.

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

CLAUDIA MERCEDES CAMON GARCIA C.C. 39'809.491 TABIO

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 18 del 30 de Noviembre de 1996, que consta de 43 alumnos; que comienza con el nombre de: CLARA MARLEN ACOSTA OTALORA y se cierra con el nombre de RICARDO JOSE VERA FORERO.

Firmada y sellada por:

Gregorio Arquimedes Beltrán León (Rector) Lucía González de Garavito (Secretaria)

Dada en el municipio de Tabio (Cund.) a los 30 días del mes de Noviembre de 1996.

(Firmado y sellado)

GREGORIO ARQUIMIDES BELTRAN LEON
Rector
C.C. 290.909 de Junin - Cundinamarca

LUCIA GONZALEZ DE GARAVITO
Secretaria
C.C. 20.389.184 de Arbelaez

texcómputo ltda
3379725 - 3668105

E.S.E. HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPÓ
CONTABILIDAD

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO
DE LA ESE HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPO

CERTIFICA

Que la señora **CLAUDIA MERCEDES CAÑÓN GARCIA**, identificada con la C.C.No.39.809.491 de Tabio, Cund., laboró en esta institución desde el día 17 de Marzo de 2011 hasta el día 30 de Agosto de 2012, desempeñando labores en el área de Control Interno Disciplinario, al igual que apoyando las áreas de Contabilidad y Cartera, siendo su contrato a término fijo.

Se caracterizó por ser una persona honesta, responsable, cumplidora de sus deberes, proactiva y diligente.

Se expide a solicitud de la interesada, a los treinta y un (31) días del mes de Agosto de 2012, en el Municipio de Sopo, Cund.

ANA MERCEDES BENAVIDES BERNAL
Profesional Universitario

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

NIT 860.020.188 - 1
ÁREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **CAÑON GARCIA CLAUDIA MERCEDES**, identificado con cédula de ciudadanía **39.809.491**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con esta institución así:

AO 101 2013	del	01 de febrero al 30 de abril de 2013
AO 125 2013	del	07 de mayo al 30 de junio de 2013
AO 209 2013	del	02 de julio al 30 septiembre de 2013
AO 336 2013	del	01 de octubre al 31 de diciembre de 2013
AO 063 2014	del	02 de enero al 30 de junio de 2014
AO 181 2014	del	01 al 31 de julio de 2014
AO 348 2014	del	01 al 31 de agosto de 2014
AO 459 2014	del	01de septiembre al 31 de octubre de 2014
AO 604 2014	del	04 al 30 de noviembre de 2014
AO 717 2014	del	01 al 11 de diciembre de 2014
AO 813 2014	del	15 al 30 de diciembre de 2014
AO 903 2014	del	30 al 31 de diciembre de 2014
AO 064 2015	del	02 al 31 de enero de 2015. Terminación de Contrato por Licencia de Maternidad.
AO 125 2015	del	01 de abril al 30 de junio de 2015
AO 216 2015	del	02 de julio al 31 de octubre de 2015
AO 374 2015	del	03 al 18 de noviembre de 2015
AO 493 2015	del	17 al 23 de diciembre de 2015
AO 608 2015	del	24 al 31 de diciembre de 2015

		ELABORÓ	
FIRMA			
NOMBRE		Leidy Velandia	
CARGO		Profesional Talento Humano	

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

NIT 8570020198 - 1

ÁREA DE TALENTO HUMANO

Continuación de certificado de CAÑON GARCIA CLAUDIA MERCEDES

Con Orden de Prestación de Servicios vigente AO 074 2016 plazo de ejecución del 04 de enero al 30 de junio de 2016, honorarios promedio mensuales ($1.871.336) y actividades como APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE MANTENIMIENTO.

Se expide la presente certificación a los doce (12) días del mes de enero de dos mil dieciseis (2016) a solicitud del interesado.

NUBIA YANNETH OSTOS BUSTOS
Profesional Especializado Talento Humano

		ELABORÓ	
FIRMA			
NOMBRE		Leidy Valencia	
CARGO		Profesional Talento Humano	

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en los archivos magnéticos de la Dirección de Contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.– S.I.S.S.C.O, la señora **CLAUDIA MERCEDES CAÑÓN GARCIA** identificada con CC. Nº 39.809.491, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR C-TO
PS 2185 2018	10-01-2018	09-09-2018	$ 17.560.000

ESTA CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LAS BASES DE DATOS DE LA DIRECCION DE CONTRATACIÓN.

OBJETO CONTRACTUAL:
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA (SEGUIMIENTO A CONTRATOS TERCERIZADOS) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Control y verificación de recepcionar, revisar y clasificar la ropa para su respectivo proceso 2. Elaboración e implementación de formatos para los servicios de la UPSS3. Manejo de personal de lavanderia de las UPSS4. Verificación, manejo y requerimientos de los servicios de las UPSS5. Control, verificación y manejo en el proceso de la ropa por parte de empresa Metropolitana 6. Control y manejo de inventarios de las UPSS7. Generación de informes de las UPSS8. Control y registro de los recorridos de transporte de la ropa por parte de la empresa Metropolitana 9. Aseguramiento de ropa en los servicios de las UPSS para sus respectivos procedimientos 10. Seguimiento a la empresa Metropolitana para cumplir a cavalidad con los requerimientos o tareas designadas11. Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel, naturaleza y área de desempeño del contrato.12. Mantener la reserva de la información13. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Subred y demás equipos y elementos que sean utilizados para el cumplimiento de las actividades contractuales 14. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.15. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades16. Presentar planilla de pago de aportes de seguridad social del mes correspondiente al certificado

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de agosto de 2018.

Para mayor información favor comunicarse al celular 3023399604 o dirigirse a la Avenida Caracas # 33A-11, Dirección de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Proyecto: Adonay Neira Joiro-Apoyo Administrativo OPS
Revisó: Luz Helena Hernández Palacios- Profesional Especializada OPS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.809.491

CAÑON GARCIA

APELLIDOS

CLAUDIA MERCEDES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1975

TABIO

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-MAR-1996 TABIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ HENAO LOPEZ

A-1500116-45144185-F-0039809491-20060314 00634 06073B 02 204055924

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUT

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14223646920

(415)7707212489984(8020) 000001422364692 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 9 8 0 9 4 9 1 — 9

6. DV

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 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: 3 9 8 0 9 4 9 1

27. Fecha expedición: 1 9 9 6 0 3 0 1

Lugar de expedición 28. País: COLOMBIA 1 6 9

29. Departamento: Cundinamarca 2 5

30. Ciudad/Municipio: Tabio 7 6 5

31. Primer apellido: CAÑON

32. Segundo apellido: GARCIA

33. Primer nombre: CLAUDIA

34. Otros nombres: MERCEDES

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 53 A 22 SUR 3

42. Correo electrónico: ccanongarcia@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1: 7 0 2 8 6 7 5

45. Teléfono 2: 3 1 3 4 2 7 9 8 5 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 1 0 3 2 6

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Otras actividades: Código 1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 2

61. Fecha: 2 0 1 3 0 1 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: SIERRA FARIA JOSE FERNANDO

985. Cargo: Gestor I

EJEMPLAR DE CONSULTA SIN VALIDEZ COMERCIAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 28-12-2016
Hora: 9:20:39 AM

CONTRIBUYENTE NIT 39809491-9 CLAUDIA MERCEDES CAÑON GARCIA

Información General

Dirección TV 53 A 22 03 SUR

Teléfonos 3134279856

Dirección electrónica ccanongarcia@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 28/12/2016.

Soporte Inscripción 17430605

Fecha Inicio Actividades 01/02/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001509978

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – ecografiascolorcontreras@hotmail.com
Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: Sub Red Centro Oriente				
Fecha examen: Nov 23/2016	Cargo:			
Tipo de examen	Ingreso Si	Periódico —	Retiro —	Trabajo en alturas —

Trabajador

Apellidos Cañon García	Nombres Claudia Mercedes		
ID: 39.809.491	Tel: 313 427 9856	Sexo F.	Edad 40
Profesión: Estudiante de Derecho		Diestro Si	Zurdo —
Dirección Transv 53A. # 22-03		Ciudad: Bogotá.	

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional Si	Audiometria —	Optometria —
Radiografia —	Electrocardiograma —	Espirometria —
Glicemia —	Colesterol —	Triglicéridos —
Otros —		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo Si	Apto con restricciones que no limitan su labor —
Apto con restricciones: —	Aplazado por restricciones —
Puede continuar su labor —	Puede continuar con reubicación laboral —
Examen de retiro satisfactorio. —	Examen de retiro con patología —
Apto para trabajo en alturas. —	No apto —

Restricciones médicas ocupacionales: No

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal Si	Valoración por:
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Reubicación laboral temporal. —
Realización de pruebas complementarias —	Rehabilitación ocupacional. —
Otras —	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL.
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. Nº 15006/2015 S.D.S.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

39809491

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.
TRABAJADOR EXAMINADO.

v 4- 2.016

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

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:	2018-10-18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido 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 __X__	SERVIDOR PUBLICO ____	OTRO ____	CUAL: ____

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CAÑON	GARCIA	CLAUDIA	MERCEDES

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. _X_	C.E. ___	R.C. ___	NUIP ___	39.809.491	Tabio Cundinamarca	01/03/1996

PASAPORTE ___	OTRO ___ CUAL: ___	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI __X__ NO ___

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIDNALIDAD:
1982-11-24	Tabio Cudinamarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)____ CASADO(A)__X____ DIVORCIADO(A)____ UNION LIBRE____ VIUDO(A)___	3	3	3134279856

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIDN ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER___ POSGRADO___ UNIVERSITARIO___ BACHILLER X PRIMARIA___ TECNICO___ TECNOLOGIO___ OTRO_____ CUAL APOYO ADMINISTRATIVO	

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
TRANS 53 A No.22-03 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
ccanongarcia@gmail.com		PRDPIA ___	FAMILIAR __X___	ARRENDADA ___

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE CDMERCID (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFDNO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDD	SEGUNDO APELLIDD:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RODRIGUEZ	GONZALEZ	ALEJANDRD	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACIDN	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. _X_	C.E ___	R.C. ___	NUIP ____	79964310	DOGOTA, D.C.		
PASAPDRTE ____	OTRD: ____ CUAL: ____			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI __X__ NO ____		NACIONALIDAD	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ____	ESTUDIANTE ____	HOGAR ____	PENSIONADO ____	CUAL APOYO ADMINISTRATIVO	
SOCIO ____	CONTRATISTA __X__	COMERCIANTE ____	EMPLEADO PUBLICO ____		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ___	EMPLEADO SOCIO ____		OTRA. . . ____		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					
		SI ____	IVA	SI ____ NO __X__	CODIGOS CIIU 7490 ACTIVIDAD ECONOMICA OTRAS ACTIVIDADES PROF.	
		NO __X__	ICA	SI X NO ____	PRINCIPAL: ____7490____ SECUNDARIA: ____	

GRAN CONTRIBUYENTE	SI ____ NO __X__	AGENTE RETENEDOR	SI ____ NO __X__	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ____ NO __X__

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

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_X	SI _____ NO __X__	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO____ COMERCIAL____ SERVICIOS____ SALUD__X__	# NIT	900959051-7

EXPORTACIONES_____ AGRICOLA_____ ENERGETICA_____ FINANCIERA_____ TRANSPORTE_____ TECNOLOGIA_____ ALIMENTOS_____ MEDICAMENTOS_____

OTRA_____ CUAL_____

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 34 No 5-43	3444484	BOGOTA, D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	TECNÓLOGO RECURSOS FISICOS	FECHA VINCULACION	14/04/2016

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		GASTOS FAMILIARES	$ 308.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 2.100.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 400.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 450.000	VEHICULOS	$ 30.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 250.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 2.100.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 30.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 400.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar si vive con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MACIAS	VEGA	ELSA	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cra. 14 B No.1-45	BOGOTA/D.C/COLOMBIA	AMIGA	3118026371

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	182-63743-6	AV. PRIMERA	2331749

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI _____ NO __X___

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADA

IMPORTACION_____ EXPORTACION_____ TRANSFERENCIAS_____ PRESTAMOS_____ PAGO SERVICIOS_____ OTRA___ CÚAL_____

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINERDS /FONDDS

Quien suscribe la presente solicitud, abrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que toda 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 la señalodo 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 "Estotuto Anticorrupción":

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

Honorarios devengados como contratista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E S.E.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por eitada Entidad o por las encargadas del tratamiento que ella considere necesarios

3. USUARIOS OE 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 pnra el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratns celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicias de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia mediea, abagadas internos y exteernos, entre otros c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el praceso de celebraeion, ejecución, terminaeion y liquidacian de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadaras de Servicios de Salud adelantes gestianes de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/a reaseguros e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autarizada para la administrneian de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, in seleceión de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboracion de estudios téenicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesaria realizar transferenecias intemacionales de mis daios 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 sohre 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 autarizo expresamente para que se lleve a eabo el tratamienta de datas sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente farmulario de canoeimienta del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica 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 sabre datos de niñas, niños y adalescentes En conseeuencia, no hemos sido obligados a responderlas

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la infarmación, nos asisten las 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 hnyan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADDS OEL 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, cuyas datos de contaeto se ineluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo enso, 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 Servieias de Salud Centro Oriente ESE y/a sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlufl@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datas para efectos de la prevención y contral del fnude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTDRIZAMDS el tratamiento de los datos personales incluidos las sensibles y autarizao, de ser necesaria, la transferencia nacional e internacinnal de los misms, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueran informados en el presente documenta.

NOTA: Se desea ampliar esta informacián par favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - \CTUALIZACION OE DATOS PERSDNALES".

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 funciunario a Asesor:			
4. Lugar de la Entrevistn:			
5. Observacinnes:			
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 qoien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Dbservacianes:		
6. Firma y cédula:		

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 lícitas.
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 CENTRD 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 cenificación 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 Represeotacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotoeopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotoeopia 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)
A PODERADD: Adjunta poder debidamente firmado con reeonocimiento 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 disposieiones e instrucciones impartidas por la Superintendencia 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 articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposieiones que buscan la proteceión 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 preveación, detección, monitorco y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorizaeión de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que las 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 comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efeems 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 prestación 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 las fines precontractuales y contractuales que camprende 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 negocieeión de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccinn 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 involuere la gestion integral de los bienes y servicios crntratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Soeial en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio 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 -Direeción de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreiga Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de infnrmaeión en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 39809491
NOMBRES Y APELLIDOS	Cañon Garcia,Claudia Mercedes
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato Dc
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Cañon Garcia,Claudia Mercedes, a los 18 días del mes de octubre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CAÑON GARCIA CLAUDIA MERCEDES** identificado(a) con **CC** número **39.809.491** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de enero de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de octubre de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar **la** veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

39809491	POSITIVA
Numero de Documento	ARL

CLAUDIA	MERCEDES	CAÑÓN	GARCÍA.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

24/11/82	TABIO	TRANS 53 A No. 22-03 S	3282828
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	teléfono fijo

SANITAS	PROTECCIÓN	2'190.000=
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

APOYO TEC. RECURSOS FISICOS	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

ccanongarcia@gmail.com	3134279856
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato C.C.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACIÓN

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 116777259

WEB
07:51:07

Bogotá DC, 18 de octubre 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) CLAUDIA MERCEDES CAÑON GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39809491:

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

CARLOS WILLIAM RODRIGUEZ MILLAN
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP) (E)

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 jueves 18 de octubre de 2018, a las 07:53:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	39809491
Código de Verificación	398094911810180753334

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2496281

Bogotá D.C., 18 de Octubre de 2018 - 7:56 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) **CLAUDIA MERCEDES CAñON GARCIA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS NUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN** de TABIO

39809491

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 Jazmin Cabrales Romero.

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: 10_FNUB_557
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 07:51:56 horas del 18/10/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **39809491**

Apellidos y Nombres: **CAÑON GARCIA CLAUDIA MERCEDES**

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

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El **BANCO DE BOGOTA** a solicitud del interesado informa que el (la) Sra. CLAUDIA MERCEDES CAÑON GARCIA identificado(a) con CC 39.809.491, está vinculado (a) con el **BANCO DE BOGOTA** oficina Avenida Primera 102 con el siguiente producto financiero:

CUENTA AHORROS 102637436 **FECHA DE APERTURA** 08/03/2013, **VIGENTE Y ACTIVA A LA FECHA.**

Se expide en BOGOTA el dia 01 del mes de DICIEMBRE del año 2017 con destino a **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.**

Firma Autorizada
102- Avenida Primera

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO.