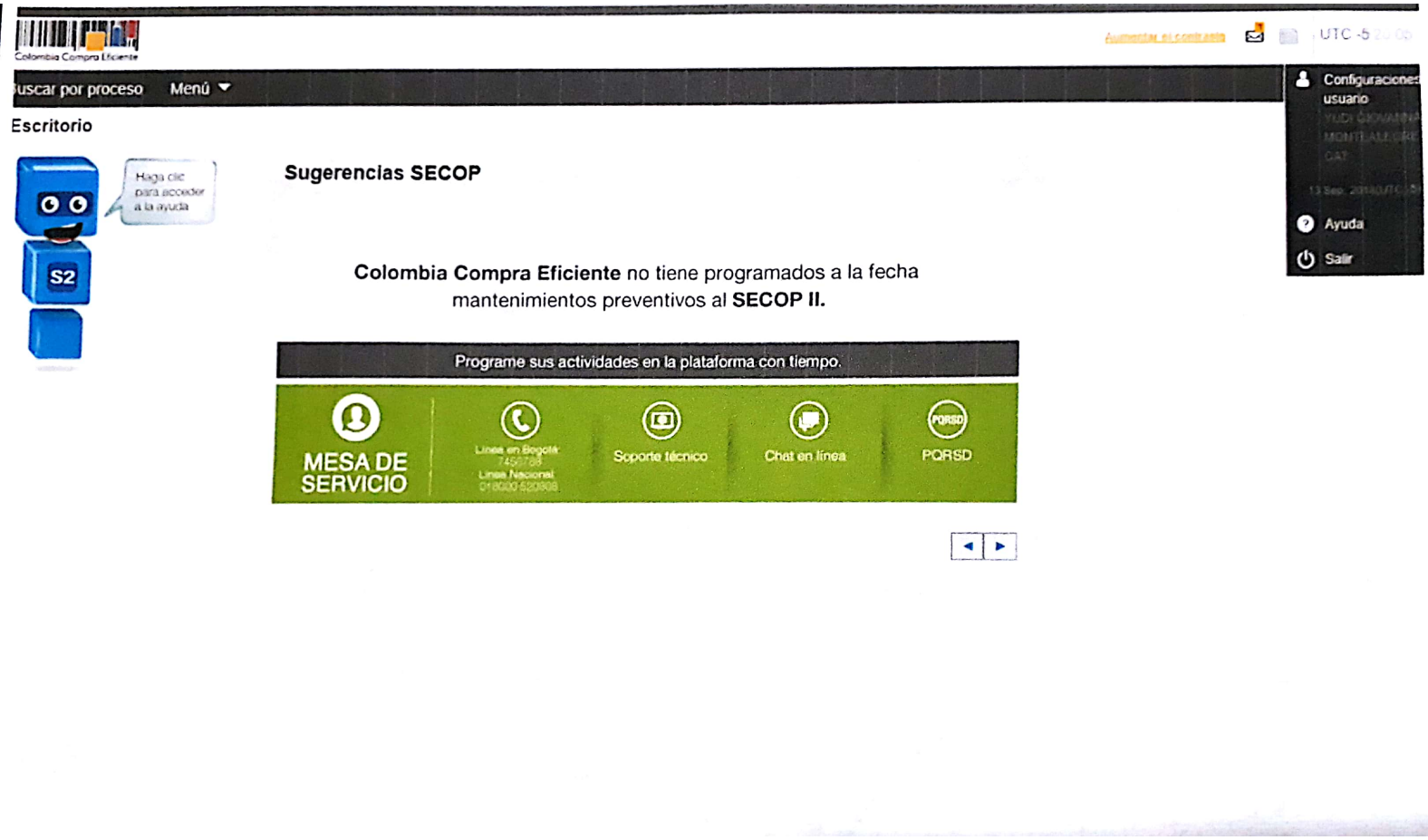


Scanned by CamScanner

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: 11-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SOSA	MONTEALEGRE	YUDI GIOVANNA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1024518441

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES JUN AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 80 BIS # 7 A 15 Torre 1 Apto 806

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8079768

EMAIL jhoasfe19@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2007
										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*
UN	8	X		ENFERMERO (A)	7	2018	17009
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2010	1024518441

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	

Scanned by CamScanner

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

Ultima Actualización: 11-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: SOLEEC Soluciones en enfermeria clinica	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 5235883	FECHA DE INGRESO: DIA 11 MES 3 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA 28 MES 2 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfermeria	DEPENDENCIA: enfermeria	DIRECCIÓN: Cra. 18A # 134A-66	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CAPRECOM	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3043504555	FECHA DE INGRESO: DIA 16 MES 1 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: Autorizaciones, Auxiliar de enfermeria	DEPENDENCIA: enfermeria	DIRECCIÓN: Calle 72 No 86-60, Centro Comercial punto	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CRUZ ROJA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3108525190	FECHA DE INGRESO: DIA 20 MES 6 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO: DIA 12 MES 1 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfermeria	DEPENDENCIA: enfermeria	DIRECCIÓN: Av. Cra. 68 # 68 B -31	

Scanned by CamScanner

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: 11-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 SURAMERICANA		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 3175751175	*FECHA DE INGRESO* DIA 3 MES 12 AÑO 2012		*FECHA DE RETIRO* DIA 22 MES 3 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA* enfermeria		*DIRECCIÓN* Cra. 78k #33a Sur-76	

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	2	6
PRIVADO	1	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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).

Bogotá 16 de Sep-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Scanned by CamScanner

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. 11-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

Scanned by CamScanner

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: 14-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1024518441 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CRA 80 BIS # 7 A 15 Torre 1 Apto 806 **Teléfonos** 3144256526 8079768

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MILY MONTEALEGRE RINCÓN	51969223	MADRE
LUIS ROBERTO SOSA	79138482	PADRE

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	$ 9.348.000,00
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	$ 9.348.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	004900174626	METROSUR	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by CamScanner

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: 13-sep-2018

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

República de Colombia

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE

C.C. N°. 1024518441 de Bogotá D.C.

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

ENFERMERA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 27 de Julio de 2018

Rector

Secretaria General

Decano

Tomo 10 · Folio 104 · Registro 58639 · Acta No. 848 · Fecha 27 de Julio de 2018 ·

Scanned by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999,y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE

C.C. 1.024.518.441 DE BOGOTA D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 17 Días del Mes de Diciembre de 2010
Anotado en el Folio 10112 Del libro 05 del Registro de FUSDESA

Scanned by CamScanner

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

El Colegio Venecia

Institución Educativa Distrital

Jornada Mañana

Autorizada por la Secretaria de Educación Distrital
Reconocimiento Oficial Integración Resolución 2373 de Agosto 14 de 2002
Nit. 860.532.363-1 - DANE 111001010255

Confiere a:

Sosa Montealegre Yudi Giovanna

NIP 91061903777 de Bogotá

El Título de Bachiller Académico

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

Clara Inés López de Amaya
C.C. No. 41'562.199 de Bogotá
Rectora

Delfina Chunza Amaya
C.C. No. 41'515.027 de Bogotá
Secretaria

Según Libro 04 Folio No. 24 con Acta 29 de 06-12 de 2007.

Dado en Bogotá, D.C. a los 06 días del mes de Diciembre de 2007

Nota: Según Decreto Nº 1024 del 15 de Abril de 1982. No requiere autenticación de firmas

Scanned by CamScanner

Fundación Universitaria del Área Andina
ACTA DE GRADO No. 848

En Bogotá D.C., el 27 de Julio de 2018 a las 11:00 horas, convocados por Resolución Nacional No. 052 del 23 de julio de 2018, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, Doctor José Leonardo Valencia Molano, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Doctor Ricardo Humberto Escobar Gaviria y la Secretaria General, Doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE**, Identificada con C.C. No. 1024518441 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante acuerdo 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional.

Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron.

Anotado en el Tomo 10, Folio 104, Registro 58639

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

RICARDO HUMBERTO ESCOBAR GAVIRIA, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., a los 27 días del mes Julio de 2018.

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

Scanned by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999,
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 024

ACTA INDIVIDUAL N° 10112

En Bogotá D.C. a los 17 días del Mes de Diciembre del año 2010,
YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE
Identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° 1.024.518.441 De Bogota D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas, y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 10112 del Libro 05 del Registro de FUSDESA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Scanned by CamScanner

"COLEGIO VENECIA"

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL

Reconocimiento Oficial Integración Resolución 2373 de Agosto 14 de 2002
Nit. 860.532.363-1 - DANE 111001010255
Carrera 55 N° 49-25 Sur Barrio Venecia Tel. 2389508 - Fax: 7102815

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 06 días del mes de Diciembre del año 2007 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, las suscritas Rectora y Secretaria, en la Rectoría del Colegio Venecia, Institución Educativa Distrital Jornada Mañana, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académica, según Resolución 2373 del 14 de Agosto de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de Bachiller académico a los graduados cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

SOSA MONTEALEGRE YUDI GIOVANNA

NIP 91061903777 DE BOGOTA

Es fiel copia del acta Original General de Grado No. 029 de fecha 06 de Diciembre de 2007 que consta de ciento tres (103) alumnos(as) que comienza con el nombre de AVILA RICO JHON FREDY y termina con el nombre de VARGAS RINCON MARISOL.

Firmada por:

CLARA INES LOPEZ DE AMAYA — Rectora y

DELFINA CHUNZA AMAYA — Secretaria

Dado en Bogotá, D.C a los 06 días del mes de Diciembre de 2007
FIRMADA Y SELLADA

Clara Inés López de Amaya
C.C. No. 41'562.199 de Bogotá
Rectora

Delfina Chunza Amaya
C.C. No. 41'515.027 de Bogotá
Secretaria

Scanned by CamScanner

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE

c.c. 1.024.518.441

ASISTIO AL CURSO

TOMA DE CITOLOGIA CERVICO UTERINA

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **RESOLUCION 412 DE 2000,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 , LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 20332810110304 DE LA COMISION INTERSECTORIAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, NORMA TECNICA PARA LA DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 24 días del mes de Agosto de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal - Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

Scanned by CamScanner

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE

c.c. 1.024.518.441

ASISTIO AL CURSO

TOMA Y ASESORIA PRE Y POST PRUEBA VOLUNTARIA V.I.H.

(ATENCION Y MANEJO DEL PACIENTE CON V.I.H. – S.I.D.A. APLICACIÓN DE PRUEBA RAPIDA)

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL DECRETO 1543 DE1997, RESOLUCIÓN3 446 DE 2006, LEY 1098 DE 2006, DECRETO 1543 DE 1997, LEY 1146 DE 2007, DECRETO 3518 DE 2006, ACUERDO 117 DE 1998, DECRETO 2323 DE 2006, ANEXO TECNICORESOLUCIÓN 769 DE 2008, CIRCULAR 0063 DE 2007, ACUERDO 008 DE 2009, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCIÓN 2003 DE MAYO DE 2014 Y LAS NORMA SDE COMPETENCIAS LABORALES 270405039, 220202001.

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 25 días del mes de Agosto de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal - Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

Scanned by CamScanner

CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD

Educación Informal de acuerdo al decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE:

YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE

C.C. 1.024.518.441

ASISTIÓ AL CURSO

TOMA, CONSERVACION, TRANSPORTE Y REMISION MUESTRAS BIOLOGICAS DE LABORATORIO CLINICO Y SERVICIO TRANSFUNSIONAL, MANEJO DE HEMOCOMPONENTES.

Intensidad de 20 horas.

Dado a los 11 días del Mes de Septiembre de 2018
VALIDEZ 2 DOS AÑOS

COORDINADORA ACADEMICA

DIRECTOR ACADEMICO

http://capacitacionesampj.wix.com/ampj
Contacto: 3194200427 - 3115390050

Scanned by CamScanner

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic9-86

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA, FORMACIÓN EMPRESARIAL Y EDUCACIÓN CONTINUA, DIRECCIÓN NACIONAL DE GRADUADOS Y FORMACIÓN PARA LA VIDA Y EL PROGRAMA DE ENFERMERÍA

CERTIFICA QUE:

YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE

C.C 1024518441

Asistió al **CURSO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL,** con una intensidad de 40 horas.

Directora Nacional de Formación
Empresarial y Educación Continua

Directora Nacional de Graduados
y Formación para la Vida

Dado en Bogotá D.C. a los 15 días del mes de septiembre de 2018

Scanned by CamScanner

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 DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS

CÓDIGO: ET-GT-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-11-25

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Área Andina
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Yudi Giovanna Sosa Montealegre. 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:

Enfermera
(Nombre del Título Obtenido)

Correo Electrónico jhoasfe19@hotmail.com Celular 3144256526

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1.024.518.441 Bogotá.

Tarjeta profesional No: 17009

Dirección de contacto: Cra 80 bis # 7 A 15 Torre 1 Apto 806.

Teléfono: 3144256526 - 8079768.

Scanned by CamScanner

Soleec SAS
Soluciones en Enfermería Clínica

Nit: 900.171.388-1

CERTIFICACION

SOLUCIONES EN ENFERMERIA CLINICA SAS-SOLEEC SAS, con Nit. 900.171.388-1 certifica que **YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.024.518.441 de Bogotá , laboro en esta empresa desde el 11 de Noviembre de 2016 hasta el 28 de febrero de 2017, prestando sus servicios como auxiliar de enfermería, mediante un contrato individual de trabajo por obra o labor determinada.

Se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado a los siete (07) días del mes de Marzo de 2017.

Soleec S.A.S
Soluciones en Enfermería Clínica
NIT: 900.171.388-1

JENNIFER KARINA APONTE BELTRAN
Gerente

Cra. 18 C No. 125-05 Tel.. 5235883-5235884- Cels: 313 283 6943-315 221 65 03 - 314 357 65 41
soleecenfermeria@hotmail.com - www.soleecenfermeria.com

Scanned by CamScanner

millenium
BPO S.A.

Millenium BPO S.A.
Nit 830.050.856-2
Carrera 16 N° 100-20 piso 3
Teléfono: 6500800. Fax: 6500816
e-mail: millenium@millenum.com.co
Bogotá, D.C. Colombia.

LA SUSCRITA GERENTE DE GESTION HUMANA
MILLENIUM BPO S.A.
NIT. 830.050.856-2

CERTIFICA:

Que el(a) Señor(a) **SOSA MONTEALEGRE YUDI GIOVANNA** identificada(o) con cédula de ciudadanía No. **1024518441** labora para nuestra compañía **3 de marzo de 2015** a la fecha con un contrato a término **Obra o labor,** desempeñándose en el cargo de **AGENTE 1 - CAPRECOM.** Para la campaña **CAPRECOM.**

Devengando por concepto de Salario Ochocientos Mil Pesos M/C **($800.000).**

La presente certificación se expide a solicitud del(a) interesado(a) en la ciudad de Bogotá D.C. A los 30 de Diciembre de 2015

LORENA DAZA ARAGON
Gerente de Gestión Humana
ldaza@millenium.com.co

Esta certificación tiene una vigencia de 3 meses y durante este tiempo no se expedirá una nueva. Usted podrá solicitar nuevamente una certificación después 30 de Marzo de 2016

Scanned by CamScanner

millenium

Millenium Phone Center S.A.
Carrera 16 No. 100 – 20 Piso 3
Bogotá, Colombia
PBX: (571) 6500 800 Fax (571) 6500 816
E-mail: adelgado@millenium.com.co

LA SUSCRITA GERENTE DE GESTIÓN HUMANA DE MILLENIUM PHONE CENTER S.A.
NIT. 830.050.856-2

C E R T I F I C A:

Que el(a) Señor(a) **SOSA MONTEALEGRE YUDI GIOVANNA** (a) con cédula de ciudadanía No. **1024518441** laboro para nuestra compañía desde 16 de enero de 2014 al 5 de octubre de 2014 con contrato a término **obra o labor** desempeñándose en el cargo de **AGENTE JUNIOR** para la campaña **CAPRECOM**

La presente certificación se expide a solicitud del(a) interesado(a) en la ciudad de Bogotá D.C. A Los 24 de octubre de 2014

ERIKA PINEDA CASTRO
GERENTE DE GESTION HUMANA
epineda@millenium.com.co

Esta certificación tiene vigencia de 3 meses y durante este tiempo no se expedirá una nueva. Usted podrá solicitar nuevamente una certificación después del 24 de Enero de 2014

MPR

Scanned by CamScanner

Cruz Roja Colombiana
Nit. 860.070.301-1

LA UNIDAD DE GESTIÓN HUMANA

CERTIFICA QUE:

YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE, identificada con cédula de ciudadanía número 1.024.518.441 de Bogotá, estuvo vinculada a la Institución mediante contrato a Término Fijo, desde el 21 de Junio de 2013 hasta el 12 de enero de 2014, en el cargo de Auxiliar Empresarial.

Esta certificación se expide en Bogotá D.C., a los cinco (05) días del mes de febrero del año dos mil catorce (2014).

CRUZ ROJA
SECCIONAL CUNDINAMARCA
BOGOTÁ D.C.

FANNY ESTHER GARZON CASTILLO
Coordinadora Unidad de Gestión Humana

Nubia

Scanned by CamScanner

MEDELLIN, 15 de Abril de 2013

CONSULTORIA EN GESTION DE RIESGOS SURAMERICANA S. A.S.

811,005,246,1

CERTIFICAN QUE:

YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE, con número de identificación No. 1,024,518,441, prestó sus servicios a la Compañía (s) con un contrato de carácter laboral a término indefinido desde el día 03 de Diciembre del año 2012 hasta el día 22 de Marzo del año 2013. Se desempeñó como Asesor En Riesgos Tecnico.

Este certificado se expide a solicitud del interesado (a) para ser presentada en LA HOJA DE VIDA.

Atentamente,

LAURA VICTORIA ACOSTA DUQUE
Director De Contratacion
Teléfono (054) 4355319

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.
Calle 49A No. 63-55 Torre Suramericana piso 8 Conmutador: (054) 430 7444
Fax: (054) 4307456 - Medellín - Colombia
www.sura.com

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.518.441**

SOSA MONTEALEGRE

APELLIDOS

YUDI GIOVANNA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-1991**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-JUN-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00734479-F-1024518441-20150818 0045884796A 2 1503514830

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUNEA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14409729484

(415)7707212489984(8020) 000001440972948 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1024518441	8	Impuestos de Bogotá (32)	

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 (13)	1024518441	19 10 619

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. (11)	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SOSA	MONTEALEGRE	YUDI	GIOVANNA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA (169)	Bogotá D.C. (11)	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 80 BIS 7 A 15 TO 1 AP 806

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jhoasfe19@hotmail.com		8079768	3144256526

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
8692	2010 03 09						

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
	2	0																								

20- Obtención NIT

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2017 03 29

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: BUENDIA CASTAÑO SHIRLEY DEL SOCORRO

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 29-03-2017 11:34:28AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 11/09/2018

CONTRIBUYENTE C.C. 1024518441 YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CR 80 BIS 7A 15 TO 1 AP 806 Teléfonos: 3144256526

Dirección electrónica: jhoasfe19@hotmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO REGISTRA

Fecha inicio de Actividades: 09/03/2010 Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD

Scanned by CamScanner

GOBIERNO DE COLOMBIA

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE
C.C. 1.024.518.441

FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2018-07-27
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2018-08-16



17009

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Scanned by CamScanner

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA – OCE
REGISTRO UNICO NACIONAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
RETHUS
RETHUS – LEY 1164 DE 2007

Bogotá D.C.
Apreciada (o) colega

Por medio de la presente y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la ley 1164 de 2015, numeral 4 del artículo 14 decreto 4192 de 2015 y especificaciones del anexo. Técnico de la resolución 08 de 2015, nos permitimos hacer entrega de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud, mediante la cual se acredita su condición de idoneidad para ejercer la profesión de enfermería. Recuerde tener presente mantener un nivel de seguridad apropiado a su tarjeta profesional.

A esta tarjeta precede la inscripción individual en el RETHUS, de sus datos personales y de identificación, los datos académicos y de autorización, de los datos del servicio social obligatorio, y los correspondientes relacionados con las actividades del tribunal Nacional Ético de Enfermería. Le recordamos tener presente que cuando alguna de las tres circunstancias contempladas en el artículo 12, del decreto 4192 de 2015 deberá reportar las novedades a la Organización Colegial de Enfermería.

Nos resta, agradecer el interés que llegue a desarrollar para fortalecer, además de la actividad de función pública delegada del RETHUS, la correspondiente al crecimiento y desarrollo organizativo y profesional de la OCE, invitándole a afiliarse y convertirse en socia (o) de los miembros de la junta directiva de la OCE y sus Organizaciones, La ANEC de la que tuvo su origen, creemos firmemente en la importancia del trabajo profesional con interés desde lo colectivo y en la unidad profesional con criterios de respeto por los derechos humanos de todos los ciudadanos y la búsqueda permanente del logro de un trabajo profesional con dignidad y reconocimiento público para los profesionales de Enfermería.

Cordialmente,

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

CAROLINA PRADA MORENO.
Presidenta.

CECILIA VARGAS GONZALEZ.
Secretaria General.

Cra. 28 No. 46-97 Celular 3219282407 –3167598693 Tel: 4575358
Email:oce@oceinfo.org.co
Bogotá D.C

Scanned by CamScanner

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 1024518441

Primer Nombre *: YUDI

Primer Apellido *: SOSA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-09-13—9:51:31 PM

Tipo Identificación	*Nro Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1024518441	YUDI	GIOVANNA	SOSA	MONTEALEGRE	Ver

Información Detallada [CC: 1024518441] YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE

2018-09-13—9:51:31 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Titulo*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	ENFERMERIA	2018/8/16	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Scanned by CamScanner

Ministerio de Salud y Protección Social

Señor(a)

SOSA MONTEALEGRE YUDI GIOVANNA

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, agradece su participación en el tercer proceso de asignación de plazas de servicio social obligatorio de 2018

De acuerdo al cronograma establecido, la asignación se realizó el 17 de julio de 2018, en las instalaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, en la ciudad de Bogotá D.C., en el marco de las disposiciones legales y normativas vigentes. A continuación se presenta el resultado:

"Al profesional no le fue asignada una plaza de Servicio Social Obligatorio".

En consecuencia, se entiende que ha cumplido con las normas que regulan el Servicio Social Obligatorio y podrá tramitar su inscripción en el ReTHUS y la expedición de su tarjeta de identificación única, dentro del tiempo comprendido entre el proceso al cual se inscribió y el siguiente proceso de asignación" (Resolución 2358 de 2014, art. 13), ante el (la) Organización Colegial de Enfermería.

La información de contacto del (de la) Organización Colegial de Enfermería es la siguiente:

Sitio web: www.oceinfo.org.co
Dirección de correspondencia: Carrera 28 No. 46-97 (Bogotá D.C.)
Teléfonos: (571) 4575358; (57) 3167598693; (57) 3219282407
Correo electrónico: registro@oceinfo.org.co

Es importante recordarle que para laboral en el territorio nacional es necesario realizar el proceso anteriormente descrito, si no lo cumple estaría haciendo una práctica ilegal de la profesión.

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Tel 3305000 Ext. 8009

Scanned by CamScanner

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.024.518.441, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los doce (12) días del mes de septiembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Scanned by CamScanner



VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	1434019	6 MAR 2015	
	2 DOSIS	AABXC408M	2 2 ABR 2015	Inmuno
	3 DOSIS	1481018	2 6 MAY 2015	Inmunosalud
	4 DOSIS			
HEPATITIS A	1 DOSIS	K0425	2 2 ABR 2015	Inmunosalud
	2 DOSIS			

Cód. de Prestador 11-00117798-01/2
Inmunosalud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
Tania salud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNCACIÓN

VIGILADO Supersalud

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

NIT: 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 1100117779801
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 1100117779802

NOMBRES: Yudi Giovanna Sosa
DOCUMENTO: 1024.518.441
TELÉFONO: 3144256526 - 3115199196

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
T. TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS	0241300B	6 MAR 2015	
	2 DOSIS	0243802B	2 2 ABR 2015	Inmunosalud
	3 DOSIS	02273	09 FEB. 2016	Inmunosalud
	4 DOSIS	08 FEB. 2016	D2288	MUNDOSALUD CENTRO DE VACUNACIÓN
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS	K5364		
	2 DOSIS			

Scanned by CamScanner

Salud Humana
Germán Maldonado MD.

NO SOMOS IPS

NIT : 900195836-1
Cel: 3167561793
E mail: gmsaludhumana@gmail.com
Calle 40 F Sur No. 74 F - 22 C. Kennedy Bogotá

Ciudad: Bogotá

Fecha: 12 09 2018

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 14001

Empresa: Hospital la victoria

Tipo de examen: Ingreso

Énfasis: osteomuscular

Este documento es válido solo si está respaldado por la historia clínica o valoración médica de la misma fecha, copia de este documento en nuestros archivos y resultados de exámenes paraclínicos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros.

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: SOSA MONTEALEGRE YUDI GIOVANNA

Cargo: Enfermera | Doc CE No. 1024518471 | Edad (años) 27

CONCEPTO

- [x] Apto sin restricciones para el cargo
- [ ] Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo
- [ ] Aplazado
- [ ] Satisfactorio
- [ ] No satisfactorio
- [ ] Presenta patología modificable con el estilo de Vida
- [ ] Hay restricciones a su labor
- [ ] Examen de egreso satisfactorio
- [ ] Examen de egreso no satisfactorio
- [ ] Otro

Motivo del aplazamiento: NO

Restricciones: NO

Descripción adicional del concepto: NO

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

- [ ] Audiometría
- [ ] Visiometría
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Prueba psicométrica
- [ ] Electrocardiograma
- [ ] Lab. Clínico
- [ ] RX
- [ ] Prueba de esfuerzo

Otros exámenes: NO

Descripción de resultados: Normal

RECOMENDACIONES:

- [ ] Control periódico por EPS
- [ ] Remisión a EPS
- [ ] Continuar manejo médico
- [ ] Seguimiento caso ARL
- [x] Control periódico ocupacional
- [x] Higiene postural
- [x] Utilización de EPP
- [x] Pausas activas periódicas
- [ ] Dieta
- [ ] Ejercicio regular 3 veces a la semana
- [ ] Dejar hábito de fumar
- [ ] Reducir consumo de alcohol

Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica: Visual

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es), registrado(s) en este documento. Conforme quedó registrado en la historia clínica Ocupacional. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen medico y/o paraclínico (s) cupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, la limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomará GM SALUD HUMANA E.U. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí original del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) son completas y verídicas. Autorizo a GM SALUD HUMANA E.U. para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

MÉDICO

GERMAN MALDONADO M.
Médico Cirujano
R.M 19436233
Esp. Salud Ocupacional
Res 6234 del 29/05/13

Firma y sello

VERIFIQUE LA HUELLA DACTILAR

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Firma:

Huella Dactilar Indice Der.

Scanned by CamScanner

CÓDIGO VELA

Reanimación – Trauma – Atención Prehospitalaria – Primeros Auxilios
Con Humanización y Calidad

Certifica que

YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE

CC:1024518441 de Bogotá

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO

Con una intensidad de 20 Horas
Realizado el día 2 De Agosto 2018

Curso sigue los lineamientos por la ley 115 de 1994, Art. 42,90 y la Resolución 2003 del 28 de Mayo De 2014 acreditando 20 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años.
Lo anterior se firma en Bogotá D.C. el día 2 de Agosto 2018.

DR. JESÚS ALBERTO SÁNCHEZ HERNANDEZ
INSTRUCTOR

ROBERTO VELA REYES
INSTRUCTOR

Scanned by CamScanner

CÓDIGO VELA

Reanimación – Trauma – Atención Prehospitalaria – Primeros Auxilios
Con Humanización y Calidad

Certifica que:

YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE

CC:1024518441 de Bogotá

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una intensidad de 48 Horas
Realizado el día 2 y 3 de Agosto de 2018

Curso sigue los lineamientos por la ley 115 de 1994, Art. 42,90 y la Resolución 2003 del 28 de Mayo De 2014 acreditando 48 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años.
Lo anterior se firma en Bogotá D.C. el día 3 de Agosto 2018.

DR. JESÚS ALBERTO SÁNCHEZ HERNANDEZ
INSTRUCTOR

ROBERTO VELA ~~REYES~~
INSTRUCTOR

Scanned by CamScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATEGICO – GESTION 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: 13-09-18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca.

Distiguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 ESI , 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:
☐	☐	☒	☐	☐	Subred Sur Oriente

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sosa	Montealegre	Yudi	Giovanna

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	1024518.441	Bogota / Cundinamarca	2009-06-19

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
19-06-1991	Bogotá / Cundinamarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	0	0	3144256526

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							CUAL	PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	Profesional	Enfermera

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 80 bis # 7A 1 S T 1 Apto 806	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	8079768

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐
jhoastel9@hotmail.com	Sin Cuenta			

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)
CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692
			ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐
			NO ☒		NO ☒

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									# NIT
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐					
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	MANufactura ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐		
OTRA ☐ CUAL:									

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

Scanned by CamScanner

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 200.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENTOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 400.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 700.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
		Fondo de ahorro					

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Salgado	Suesca	Luis	David
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 65A Sur #77911	Bogotá/Cundinamarca/Colombia	Amigo	3144236324

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta de ahorro	004900174626	Metrosur	3383838

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 ☐ TRANSFERENCIAS ☐ 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.):

Enfermera.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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 Lavedo 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 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 requerira 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 comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente

Scanned by CamScanner

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

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 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 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 , 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 -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 estadisticos.

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 Titulo 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 consecuencia, 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 prevencion y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

9.AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional o 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

1.024.518.441 Btá.

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:			

Scanned by CamScanner

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 0 6 2 2 7 6 1 5 2 *

No. de Radicación

Fecha de Radicación 17092018

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante y cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [X]
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	Sosa	Monsalegre	Yudi	Giovanna

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
CC	1.024.518.441	X		1 9 0 8 1 9 9 1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo / Condición				

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
1781782	Dirección: Cra 80 #7A15 Torre 1 Apto 606	Cra 80 b 15 #7A15	8074768	3144256526	
Correo electrónico: jhoasfe19@hotmail.com	Ciudad: Bogotá.	Zona Urbana X Rural	Localidad: Kennedy	Departamento: Cundinamarca.	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Famisanar Cotom	
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Yudi Giovanna Sosa Monsalegre	CC	1.024.518.441	

39. Ubicación				
Dirección: Cra 80 #7A15	Teléfono fijo y/o celular: 3144256526	Correo electrónico: jhoasfe19@hotmail.com	Ciudad: Bogota	Departamento: Cundinamarca.

B. REPORTE DE NOVEDADES

0. Tipo de Novedad

Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	42. Fecha novedad D D M M A A A A

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. X
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS [illegible] mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Yudi Giovanna Sosa Monsalegre 1.024.518.441

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que decrete el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o en donde la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha	Puntaje	69. Fecha de validación
				independiente

Famisanar 11 SEP 2018 AUTORIZADO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES

71. Firma del funcionario

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad [illegible] de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

Scanned by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,024,518,441**, 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 10 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

Scanned by CamScanner

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 FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.024.518.441	SURA
Numero de Documento	ARL

Yudi	Giovanna	Sosa	Montealegre
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

19-Junio-1991	Bogotá	Cra 80 BIS # 7A 15	8079763
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Famisanar Cafam	Porvenir	$ 2'808.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

jhoasfe19@hotmail.com	3144256526
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 115200206

WEB
22:14:54

Bogotá DC, 10 de septiembre 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) YUDI GIOVANNA SOSA MONTEALEGRE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024518441:

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

DIANA PATRICIA SALCEDO GIRALDO
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.

Scanned by CamScanner

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 lunes 10 de septiembre de 2018, a las 22:19:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1024518441
Código de Verificación	1024518441180910221932

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

Digitó y Revisó: WEB

COR

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2434390

Bogotá D.C., 10 de Septiembre de 2018 - 22:38 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 VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN**

1024518441

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.

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 9_YW2P_3822
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned by CamScanner

POLICIA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO **INSTITUCIÓN** **CONTÁCTENOS** **PREGUNTAS FRECUENTES**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 22:07:30 horas del 10/09/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1024518441**
Apellidos y Nombres: **SOSA MONTEALEGRE YUDI GIOVANNA**

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.

Scanned by CamScanner

DAVIVIENDA CERTIFICA

Que YUDI GIOVANNA SOSA con Cédula de Ciudadanía

número 1024518441 tiene en el Banco los siguientes productos:

Tipo de Producto	Nro. de Producto	Valor Canje	Fecha Pago Min	Pago Mínimo	Saldo o Cupo Disponible	Saldo o Pago Total
CUENTA DE AHORROS DA-MAS	055000490017 4626	$0.00	-- -- --	$0.00	$0.00	$0.00

Número de Cuenta = 00490001774626

Es importante aclarar que el saldo de las tarjetas de crédito corresponden al último corte efectuado.

La presente certificación se expide el 2018/09/11 en la ciudad BOGOTA

DAVIVIENDA

FIRMA AUTORIZADA

Banco Davivienda

Scanned by CamScanner