

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA	
PROCESO SOLICITANTE	FECHA
NOMBRE DEL CANDIDATO	PROFESIÓN
TELÉFONO	DOCUMENTO
	ACTIVIDAD SOLICITADA

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO
(FIRMA DE LAS DOS PARTES).
TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO	
NECESIDAD DE PERSONAL OPS	
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO	
1 FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI ☐
2 SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☒
3 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☒
4 DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒
5 DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒ N/A ☐
6 ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☒ N/A ☐
7 CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒ NO ☐
8 SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐ N/A ☐
9 FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒ N/A ☐
10 CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☒ N/A ☐
11 FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150 %	SI ☒
12 REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIU 86.92	SI ☐
13 REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒
14 LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐ N/A ☐
15 TARJETA PROFESIONAL	SI ☐ N/A ☐
16 RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒ N/A ☐
17 CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒ N/A ☐
18 ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐ N/A ☐
19 CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒ N/A ☐
20 EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☐
21 CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☒ N/A ☐
22 CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐ N/A ☐
23 CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriólogo, Citotecnólogo, Histocitotecnólogo) Resolución 2003 de 2014	SI ☐ N/A ☐
24 CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐ N/A ☐
25 CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☒ N/A ☐
26 CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐ N/A ☐
27 LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐ N/A ☐
28 ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐ N/A ☐
29 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI ☒
30 CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Salud Total	SI ☒
31 CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Parvenir	SI ☒
32 FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE - NOMBRE: Seguros Bolívar)	SI ☒
33 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
34 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
35 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
36 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒
37 CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☒

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
W/B Responsable Talento Humano	FECHA
W/B Dirección Talento Humano	FECHA



BUSCAR

Editor



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 INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 28-nov-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SILVA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VARON	NOMBRES LEIDY CATHERINE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023947019	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 7 MES NOV AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 37 # 33 - 45 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 3202427946 EMAIL katherinesilva130705@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 BÁSICA											TÍTULO bachiller académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES DICIEMBRE	AÑO 2012

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	AUXILIAR EN ENFERMERÍA	7 2018	resolución 9722 do 26/07/2018



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 ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 28-nov-2018

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá 28/nov/2018
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.



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 DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 28-nov-2018

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
Norte E.S.S.

SIDEAPO

Última Actualización: 18-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIDY CATHERINE SILVA VARON
 IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1023947019 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
 País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Soacha
 Dirección CARRERA 37 # 33 - 45 Teléfonos 3182015121 3202427946

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
María Del Pilar Varon	61902582	MADRE
Deían Joshua Herrera Silva	1016724058	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	\$ 0,00
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	\$ 0,00

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 Caja Social	CORRIENTE	24067623318	20 de julio	\$ 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
Banco Caja Social	prestamos libre inversión	\$ 1,00

 TODOS POR UN NUEVO PAÍS <small>PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN</small>	FORMULARIO ÚNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA Persona Natural (LEY 190 DE 1995)	<small>ENTIDAD RECEPTORA</small> Superintendencia de Servicios de Salud Norte E.S.E.  <small>Última Actualización: 18-sep-2018</small>
	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
Vidal Alejandro Herrera Correa	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1023833588

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

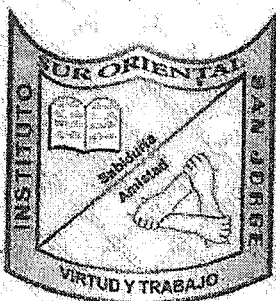
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-sep-2018

CIUDAD Y FECHA



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUTO SUR ORIENTAL SAN JORGE

Carrera 10 No. 18-48 Sur Barrio Sosiego
Teléfonos: 272 6296 - 278 6517 • Bogotá, D.C.

Inscripción S.E. 2271

Inscripción DANE 31100118907

En la Ciudad de Bogotá, D.C., a los 07 de Diciembre de 2012, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último ciclo, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **INSTITUTO SUR ORIENTAL SAN JORGE**, Institución aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Académica y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO**, Según Resolución No. 7528 del 20 de Noviembre de 1998 y 4260 del 23 de Diciembre de 2002. Y Comprobada la Situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica mediante el sistema de ciclos lectivos especiales integrados, de acuerdo con lo reglamentado en el decreto 3011 de 1997 se procedió a Otorgar el Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Silva Varon Leidy Catherine

Identificado (a) con No. 951107-06376 BOGOTÁ

Es fiel copia del Acta Original No. 47 del 07 de Diciembre de 2012
Consta de 43 estudiantes;

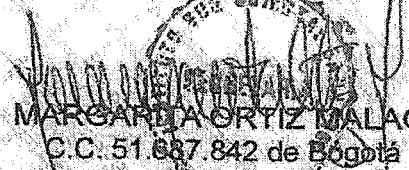
comienza con el nombre de Aristizabal Ramírez Diego Alexander y cierra con el nombre de Zanguña Baron Jonathan

Firmada por **MARIA RANGEL DE RIOS** (Rectora) y **MARGARITA ORTIZ MALAGON** (Secretaria).

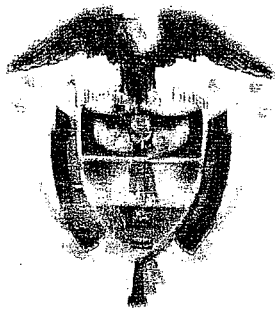
Dada en Bogotá D.C. a los 07 de Diciembre de 2012

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y el 2150 del 5 de Diciembre de 1995: Presidencia de la República.


MARIA RANGEL DE RIOS
C.C. 32.493.014 de Medellín
Rectora


MARGARITA ORTIZ MALAGON
C.C. 51.687.842 de Bogotá
Secretaria

NOTA: SEGÚN DECRETO No. 1024 DEL 15 DE ABRIL DE 1952 NO REQUIERE AUTENTICACIÓN DE FIRMAS



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

"Instituto Sur Oriental San Jorge"

*Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Según Resolución No. 7528 del 20 de Noviembre de 1998 y
4260 del 23 de Diciembre de 2002*

Confiere a:

Silva Varon Leidy Catherine

Identificado (a) con No. 951107-06376 Bogotá

El Título de:

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación Media
(Artículo 28 Ley 115 de 1994); mediante el Sistema de Ciclos Lectivos Especiales Integrados
(Decreto 3011 de 1997) según los planes y programas vigentes*



Rector (a)

Secretario (a)



Anotado al Folio 36 del Libro para Control en el Plantel No. 08

Dado en Bogotá, D.C. a 07 de DICIEMBRE de 2012

*"No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según decretos No. 921
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; Presidencia de la República*

**PROGRAMA DE FORMACION DE AUXILIARES EN ENFERMERIA
APROBACIÓN OFICIAL**



Acuerdo 013 de Diciembre 12 de 1995 Ministerio de salud- Registro Renovado
Acuerdo 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Resolución 1460 de Mayo 22 de 1996 Secretaría de Educación – Registro Renovado
No 13077 de Junio 23 de 2015 de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá



Resolución 4543/2018

ACTA INDIVIDUAL

Las suscritas Directora y Secretaria de CEFAP DE LA CARACAS – EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO.

CERTIFICAN:

Que en el libro de Actas No. 2 Folio No. 111 se halla Inscrita la presente Acta No. 045.

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia el día 08 del mes de Julio de 2.018 se celebró sesión solemne y pública bajo la Dirección de **Efigenia Molano de Guerrero** y actuando como Secretaria **Doris Patricia Guerrero Molano**, con el objeto de otorgar el certificado a los estudiantes aspirantes a ello.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General del Centro, La Directora y Secretaria otorgaron el Certificado de:

**TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS
AUXILIAR EN ENFERMERÍA
Con una Intensidad de 1800 Horas**

A:

SILVA VARON LEIDY CATHERINE C.C. No 1.023.947.019 DE BOGOTÁ D.C.

Se tomó juramento y se comprometió a cumplir con los deberes propios del ejercicio como Auxiliar en Enfermería y a mantener irrestricta lealtad a Cefap de la Caracas.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Es fiel copia tomada a los 08 días del mes de Julio de 2.018 del Acta General de Grados No. 045 que comienza con el nombre Aguirre Balaquera Yuselfy y termina con el nombre de Zárate Zárate Valeria.

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora

DORIS PATRICIA GUERRERO MOLANO
Secretaria



República de Colombia
Centro de Capacitación
Cefap de la Caracas
Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acuerdo No. 13 del 12 de Diciembre de 1995 del Ministerio de Salud
Registro Renovado No. 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución No. 1460 del 22 de mayo de 1996, Registro Renovado No. 13077 del 23 de Junio de 2015
de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de Aptitud Ocupacional

a:

Leidy Catherine Silva Varón

Identificado(a) con C.C. No. 1.023.947.019 Expedida en: Bogotá D.C.

Quien cursó y aprobó el Programa de
Técnico Laboral por Competencias
Auxiliar en Enfermería

Con duración de 1800 horas

Dado en Bogotá, D.C. a 8 de Julio de 2018

Directora

Secretaria

Reconocimiento



Elicenia Molano de Guerrero
DIRECCIÓN

Doris Patricia Guerrero Molano
SECRETARIA

Registro Libro 2 Folio 111 Acta 45

www.cefapdelacaracas.com



y Protección social.

de la secretaría de Bogotá D.C.



Leidy Catherine Silva Nacón

Asistió al Diplomado en

Laboratorio Clínico

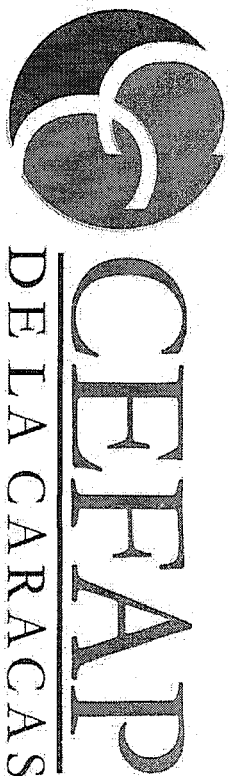
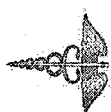
Con una intensidad de 20 horas

Directorul General

Dado en Bogotá, D.C. a los 05 días del mes de Julio de 2017

2017 de

RECONOCIMIENTO



Acuerdos No. 013 del 12 de Diciembre de 1995 y 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Resoluciones 1460 de Mayo 22 de 1996 Registro Renovado 13077 de Junio 23 de 2015 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.



PROGRAMA DE AUXILIAR EN ENFERMERÍA

CERTIFICA QUE:

Leidy Catherine Silva Jarcón

C. C. 1.028.947.019 de Bogotá D.C.

Asistió al Seminario de Capacitación en

CUIDADOS INTENSIVOS

Con una intensidad de 40 horas

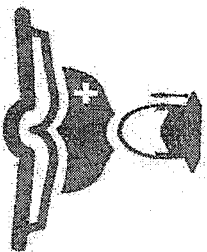
ERIGENIA MOLANO DE SUAREZ
Directora General

DORIS PATRICIA GARCERAN
Secretaría

Dado en Bogotá, D.C. a los 24 días del mes de

Mayo

de 2018



Fundación Educativa
San Juan de Dios
sí educamos formamos país

FUNDACIÓN EDUCATIVA SAN JUAN DE DIOS

Certifica que:

LEIDY CATHERINE SILVA VARON

CC: 1.023.947.019 de Bogotá

Asistió al curso :

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

El curso sigue los lineamientos establecidos en las Resoluciones: 2003/2014, 459/2012, y la ley: 1146/2007 a nivel nacional para todo el personal de la salud con una intensidad de 20 horas.

Dado en Bogotá, 8 de Septiembre de 2018 (validez de 2 años)

TERESA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ
DIRECTORA FESJD

www.fundacioneducativasanjuanedi.org.co
Celulares: 3212420840 – 3224650033-2095511
Sede: Avenida Calle 22 sur 18-38 Restrepo

Bogotá D.C

Señores:

Gefap de la Caracas

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo, Leidy Catherine Silva Uaron 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...."

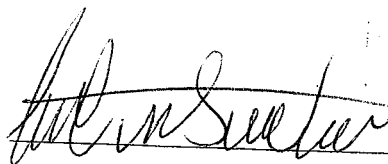
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E sobre la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

auxiliar en enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

1028947019

Tarjeta profesional No:

9722 de 26/07/2018

Dirección de contacto:

Carrera 37 # 33-45

Teléfono:

3182015121 - 3202427946

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.947.019

SILVA VARON

APELLIDOS

LEIDY CATHERINE

NOMBRES

[Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52

ESTATURA

O+

G.S. RH

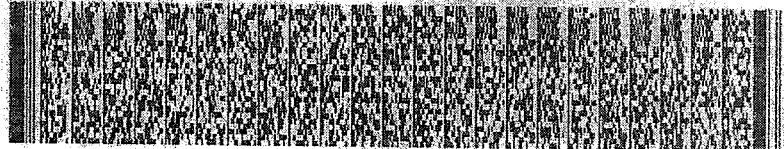
F

SEXO

26-NOV-2013 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AREL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00594743-F-1023947019-20140110

0036511938A 2

40208604



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUUSCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14493470279



(415)7707212489984(8020) 000001449347027 9

5. Número de identificación Tributaria (NIT):

1 0 2 3 9 4 7 0 1 9

6. DV:

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico:

(3 2)

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 2 3 9 4 7 0 1 9

27. Fecha expedición:

2 0 1 3 1 1 2 6

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SILVA

32. Segundo apellido

VARON

33. Primer nombre

LEIDY

34. Otros nombres

CATHERINE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

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

CR 37 33 45

42. Correo electrónico:

katherinesilva130705@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 2 3 1 8 2 4 0 4

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 1 2 0 4

Actividad secundaria

48. Código:

8 6 9 9

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 7 0 8

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

53. Código:

1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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:

2 0 1 8 1 2 0 4

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 SILVA VARON LEIDY CATHERINE

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



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: 04/12/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 1023947019

LEIDY CATHERINE SILVA VARON

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 37 33 45

Teléfonos: 3123182404

Dirección electrónica: katherinesilva130705@gmail. Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 21/11/2018

Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL

Régimen tributario: SIMPLIFICADO

Fecha desde: 20/06/2016

Matrícula Mercantil: NO

Fecha inicio de Actividades: 20/06/2016

Fecha de cese de Actividades: NO

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: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (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 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.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 9722 de 26/07/2018

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SILVA VARON LEIDY CATHERINE Identificado(a) con CC número 1023947019 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS el día 08/07/2018.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a SILVA VARON LEIDY CATHERINE identificado(a) con CC número 1023947019 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 26/07/2018

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C. 2018/08/15
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Leidy Catherine Silva
CC. # 1023947019
Firma [Firma]

Revisó :Sebastián Quiroz
Elaboró :Víctor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre *
Cédula de Ciudadanía	1023947019	leidy
Primer Apellido *	silva	



Resultado General - 2018-11-20 - 11:04:06 AM

Tipo Identificación	No. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1023947019	LEIDY	CATHERINE	SILVA	VARON	Ver

Información Detallada [CC: 1023947019] LEIDY CATHERINE SILVA VARON

2018-11-20 - 11:04:06 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIO EN ENFERMERIA	2018/7/26	OTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditan el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

o en Colombia
ar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Leidy Catherine

Apellidos:

Silva

Documento

Documento de identidad: C.C. ~~AT~~ Pasaporte No. 033947019

Fecha de Nacimiento:

Día 07 Mes: 11 Año 1995

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxioide Tetánico Diftrérico Td	1	25/08/18	D2288	OG-18
	2	13/09/18	221501516A	Sarmín
	3	13/02/2019		
	4			
	5			
	1	25/08/18		
Contra Hepatitis B	1	23 SEP 2018	VAX1700A	Naya
	2	30 OCT 2018	UFX44095	Quiana
	3	03 NOV 2018	VAX99978	Vileth

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	12-3	NOV 2015	4781165	Paola
Virus de Papiloma Humano				

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional

EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575453266

Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017

Consecutivo: 1289

Nombre: LEIDY CATHERINE SILVA VARON

Identificación: CC 1023947019

Empresa: SUBRED NORTE ESE

Cargo a desempeñar AUXILIAR DE ENFERMERIA

Edad: 22Año(s), 10Mes(es) y 6Día(s)

Fecha nacimiento: 07/11/1995

Examen: INGRESO

Fecha: jueves 13 de septiembre de 2018



Concepto de aptitud

Concepto de Aptitud:	Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Tipo de cargo:	OPERATIVO
Apoyo diagnóstico:	Agudeza visual

RECOMENDACIONES

1. Pausas activas/utilizar elementos de protección personal/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral.
2. P.V.E Riesgo Biológico
3. Uso de medias de soporte elastico.
4. Valoración por nutrición de EPS.

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI ESPACIOS CONFINADOS.

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO.

Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional
LIC. S.O. - 006290

[Handwritten signature of Dr. Roland Fernell Rojas G.]



[Handwritten signature of Leidy Catherine Silva Varon]

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

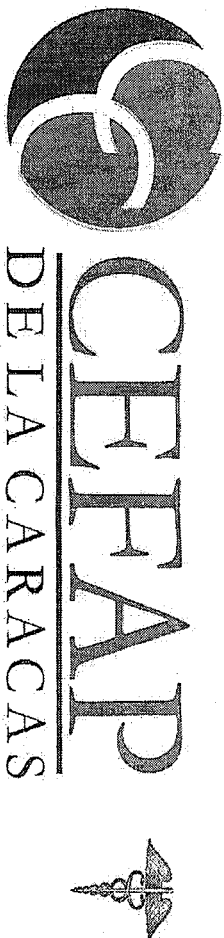
Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017

FIRMA DEL EMPLEADO

DOCUMENTO N° 1023947019



Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación al Teléfono: 7122345 con N° Consecutivo. Custodia HC Ocupacional Cra. 6 # 139-15 Soacha- Centro



RECONOCIMIENTO



Acuerdos No. 013 del 12 de Diciembre de 1995 y 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social,
Resoluciones 1460 de Mayo 22 de 1996 Registro Renovado 13077 de Junio 23 de 2015 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.



PROGRAMA DE AUXILIAR EN ENFERMERÍA

CERTIFICA QUE:

Leidy Catherine Silva Jarcón

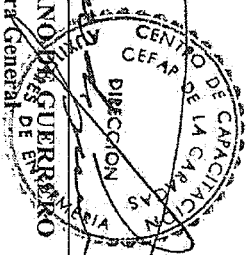
C.C. 1.023.947.019 de Bogotá D.C.

Asistió al Seminario de Capacitación en

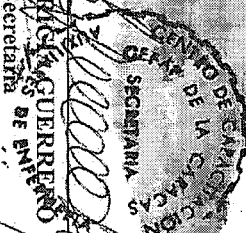
SOPORTE VITAL BÁSICO

Con una intensidad de 20 horas

EFIGENIA MOLANO
Directora General



DORIS PATRICIA GUERRERO
Secretaria



Dado en Bogotá, D.C. a los 10 días del mes de Octubre de 2017

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 28/11/2017 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Disgusto 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 ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CEASEO TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Gilva SEGUNDO APELLIDO: Varon PRIMER NOMBRE: Heidi SEGUNDO NOMBRE: Catherine
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ IDENTIFICACION: 1023947019 LUGAR EXPEDICION: Bogotá D.C. FECHA EXPEDICION: 26 NOV 2013
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 07/11/95 LUGAR NACIMIENTO: Bogotá D.C. PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ PERSONA A CARGO: 1 NUMERO DE HIJOS: 1 TELEFONO CELULAR: 3182015121

NIVEL DE ESTUDIOS FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ CUAL: Auxiliar en enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA: Carrera 37 # 33-45 CIUDAD RESIDENCIA: Soacha DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 90059733
CORREO ELECTRONICO: Katherine.luisa130705@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET:
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: Herrera SEGUNDO APELLIDO: Correa PRIMER NOMBRE: Uidal SEGUNDO NOMBRE: Alejandro
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ IDENTIFICACION: 1023933568 LUGAR EXPEDICION: Bogotá D.C. FECHA EXPEDICION: 19 JUN 2012
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA: CUAL:
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8699
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA _____	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIA ☐ COMERCIO ☐		EXPORTACIONES AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: ☒	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA _____		TELÉFONO _____		CIUDAD/MUNICIPIO _____	
CARGO ACTUAL _____		DEPARTAMENTO _____		PAÍS _____	
FECHA VINCULACIÓN _____					
SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS _____	VENÍAS ANUALES _____	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA _____	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD _____	FECHA CONSTITUCIÓN _____	TIPO SOCIEDAD _____
INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS _____	GASTOS FAMILIARES _____	AHORROS _____	SALDO HIPOTECA _____	PASIVOS	
HONORARIOS _____	ARRIENDOS _____	INVERSIONES _____	TARJETAS DE CRÉDITO _____	DEUDAS VEHÍCULOS _____	
ARRIENDOS _____	CUOTA VEHÍCULO _____	VEHÍCULOS _____	DEUDAS TERCEROS _____	OTROS PASIVOS* _____	
COMISIONES _____	CUOTA VIVIENDA _____	PROPIEDADES _____	OTROS ACTIVOS* _____	TOTAL PASIVOS _____	
OTROS INGRESOS* _____	OTROS EGRESOS* _____	TOTAL EGRESOS _____	TOTAL ACTIVOS _____	TOTAL PASIVOS _____	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS _____		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS _____		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS _____	
REFERENCIAS PERSONALES					
PRIMER APELLIDO Cardenas		SEGUNDO APELLIDO _____		PRIMER NOMBRE Maria	
SEGUNDO NOMBRE Katherine		TIPO RELACIÓN Amiga		TELÉFONO Fijo Y/O EXTENSIÓN/CELULAR 314 272 9855	
REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD Banco Caba Social	TIPO DE PRODUCTO Ahorro	NÚMERO 24067623318	SUCURSAL _____	TELÉFONO _____	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD _____	TIPO DE PRODUCTO _____	NÚMERO _____	PAÍS/CIUDAD _____	MONEDA _____	MONTO PROMEDIO _____
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS IMPORT ☐ EXPORTA ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐ CUAL: _____					
DECLARACIÓN 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): Auxiliar enfermería					
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 destinarán 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 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 mí 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACIÓN, REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO, AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSERVAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL DE SERVICIOS DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose 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 - 43, 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, demandante, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras 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 médica, abogados y servicios. c) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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 harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de 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.

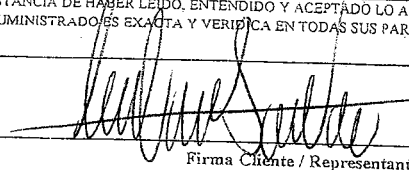
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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, teléfono 344 44 84, e-mail: sarluf@subredcentroorientes.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración.

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

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Dactilar Derecho

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:			

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:			

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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



* 5 0 0 2 6 2 0 5 9 2 *

No. DE RADICACIÓN

5002620592

Fecha de Radicación

D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia ☒ -Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia: ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		Código (a registrar por la EPS): <input type="text"/>	

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido: Silva Segundo apellido: Vazquez			
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1.023.947.019	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 07/11/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales:

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL		16. Administradora de Pensiones	
17. Ingreso base de cotización -IBC		18. Residencia	

Dirección: 9000039		Teléfono Fijo: 318 201 5424		Teléfono celular: 318 201 5424		Correo electrónico: kathyvazquez120305@gmail.com	
Municipio/Distrito		Zona: Urbana ☒ Rural ☐		Localidad/Comuna		Departamento	

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		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			Femenino	Masculino		
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad F M		Tipo: N M Condición: T P	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)	
Municipio/Distrito	Zona: Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular
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			
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)
39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LEIDY CATHERINE SILVA VARON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,023,947,019**, 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 20 días del mes de Noviembre de 2018.

Gerente de Clientes



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital La Vierge

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.023.947.019

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

beidy

Primer Nombre

Catherine

Segundo Nombre

Silva

Primer Apellido

Uaron

Segundo Apellido

07 nov 1995

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Carrera 37 #33-45 9005433

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Salud total

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

auxiliar en enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Katherine Silva 130705@gmail.com

Correo Electrónico

3182015121

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118105547



WEB

10:53:02

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de noviembre 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) LEIDY CATHERINE SILVA VARON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023947019:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 20 de noviembre de 2018, a las 10:46:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUESTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023947019
Código de Verificación	1023947019181120104619

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



Bogotá D.C., 20 de Noviembre de 2018 - 10:43 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) **LEIDY CATHERINE SILVA VARON**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DIECINUEVE** de BOGOTÁ, D.C,

1023947019

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 figuren 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 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: **11_CACQ9_4210**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTACTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:39:41 horas del 28/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1023947019

Apellidos y Nombres: SILVA VARON LEIDY CATHERINE

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.



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 / 5112

Resto del país: 078000 910 112

Requerimientos Ciudadanos 24

horas

Fax (571) 5159581 - E-mail:

lineadirecta@policia.gov.co

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

LEIDY CATHERINE SILVA VARON

Identificado con

CC1023947019

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0129 VEINTE DE JULIO, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número : 24067623318

Fecha de Apertura : 22 de octubre de 2016

Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector

Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0129 VEINTE DE JULIO de la ciudad de BOGOTA, el día lunes, 10 de septiembre de 2018.

Cordialmente,

Efectuado por:

J4F0A300 - JUDITH SOFIA FONSECA ALBA



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

Establecimiento Bancario

Banco Caja Social

Oficina 0129 VEINTE DE JULIO

VIGILADO