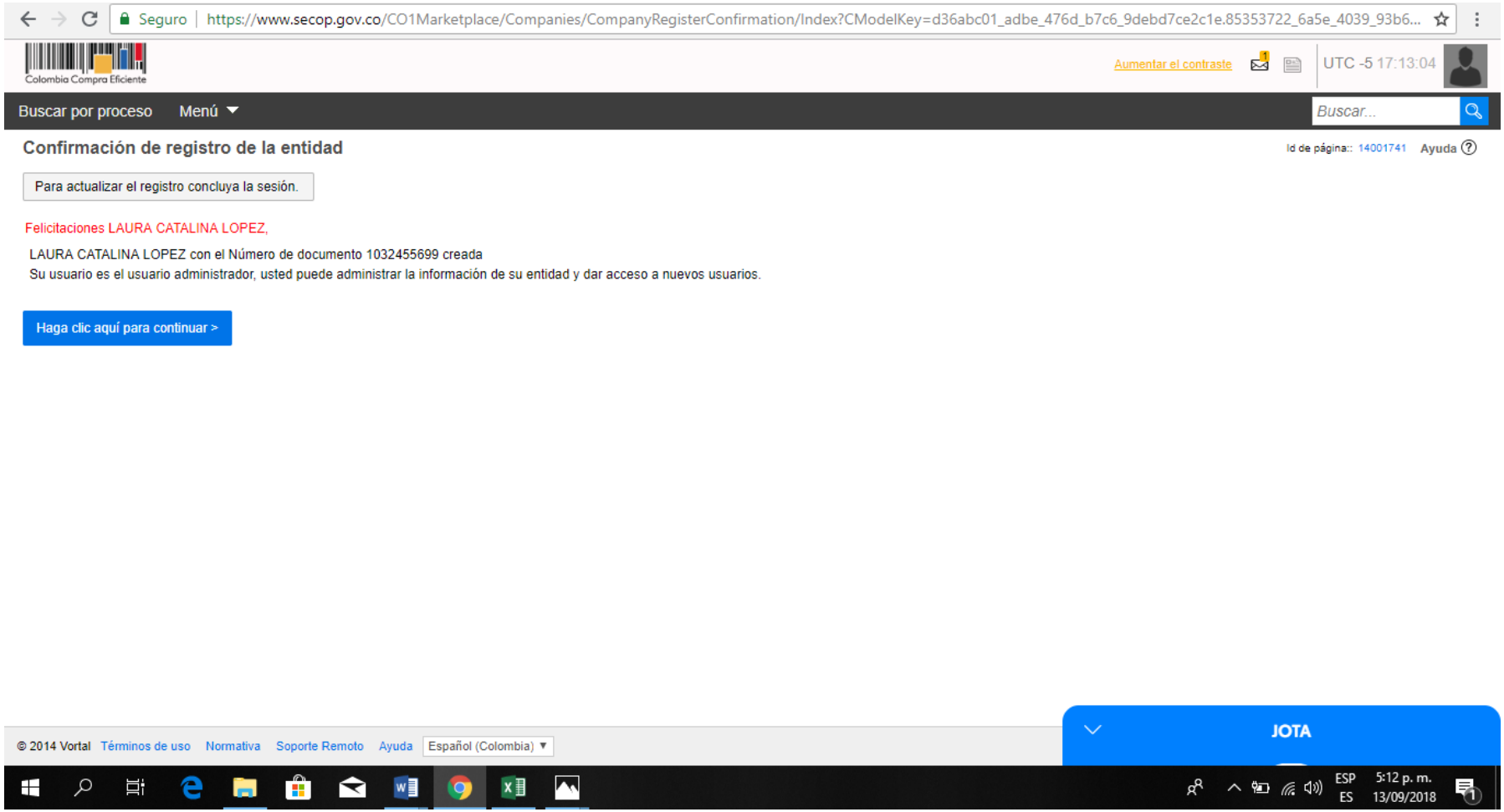

Seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=d36abc01_adbe_476d_b7c6_9debd7ce2c1e.85353722_6a5e_4039_93b6...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 17:13:04
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones LAURA CATALINA LOPEZ,
LAURA CATALINA LOPEZ con el Número de documento 1032455699 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
ESP
ES
5:12 p. m.
13/09/2018

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA: Subred Centro Oriente

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
López	Delgado	Laura Catalina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1032455699

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 12 MES 03 AÑO 2018

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 5 # 6B-98

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

TELÉFONO: 3134945028 EMAIL: lgclopezde@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 OBTENIDO: Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2010
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		Trabajadora Social	03	2017	344421001

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Inglés		X				X		X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDESCO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	planeacion@fundescocolombia.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7388838	DÍA 28 MES 03 AÑO 2018	DÍA 27 MES 09 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional de territorio		Calle 37 N°17-11

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDASES		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	centrodecontacto@fundases.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4304454 - 4308987	DÍA 01 MES 03 AÑO 2017	DÍA 28 MES 02 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional de Equipo Psicosocial		Cra. 74A Nº 80-57

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá, Septiembre 13 de 2018

Laura Catalina López

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Centro Oriente

I. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Laura Catalina López Delgado

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 1032455699 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : Bogotá

DIRECCIÓN Carrera 5 Nº6B-98 TELÉFONOS 7497958

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Cundinamarca PAIS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Diego Andrés López Moreno	79'287.603	Padre
Beatriz Elena Delgado Gómez	51'832.690	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o , DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [X], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron :

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	13'500.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	1'500.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	15'000.000

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

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Laura Catalina Lopez
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá, Septiembre 13/18
CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Trabajadora Social

A

Laura Catalina López Delgado

C.C. 1.032.455.699 de Bogotá D.C.

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIA TOMA DEL JURAMENTO DE RIGOR,
OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 30 días del mes de marzo de 2017

DECANATURA DE FACULTAD

RECTORÍA

SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 5777, Folio 99 del Libro de Diplomas No. 11

DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Ciencias Humanas

0157005

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Ciencias Humanas

ACTA DE GRADO NÚMERO 17432

El Consejo de Facultad en su sesión del día 09 de febrero de 2017 - Acta No. 4

CONSIDERANDO QUE

Laura Catalina López Delgado

C.C. 1.032.455.699 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Trabajadora Social

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número **157005** *consignado en el Registro No.* **5777, Folio 99 del Libro No. 11**

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de **Bogotá D.C., a los 09 días del mes de febrero de 2017**

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

Cruz Roja Colombiana

CICR

HACE CONSTAR QUE:

Laura Catalina López Delgado

Con documento de identidad No.: 1032455699

CURSÓ Y APROBÓ

CURSO BÁSICO EN DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO – DIH

Código No.: HmHN2CQ52q

Con una intensidad horaria de: 30 horas

Registrado en el Acta No.: 001-2015

Esta constancia fue generada en: Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia, el

2 octubre 2015

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud. Constancia válida por dos años

RAFAEL ANTONIO BURGOS
Director Nacional de Educación
Cruz Roja Colombiana

CARLOS ALBERTO GIRALDO GALLÓN
Director General de Doctrina y Protección
Cruz Roja Colombiana

PATRICIA REY GONZÁLEZ
Coordinadora de Comunicación, Bogotá. Colombia
Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)

La auntenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo educacionnal@cruzrojacolombiana.org indicando el número del acta.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

Certifica que:

Laura Catalina López Delgado

Cédula de ciudadanía nº 1032455699

Asistió al curso de Extensión:

TERAPIA FAMILIAR: UNA MIRADA RELACIONAL

Realizado del 13 de octubre al 24 de noviembre de 2015

Intensidad: 32 horas

Dado en Bogotá D. C., 24 de noviembre de 2015

AUGUSTO CARRILLO SABOGAL
Secretario Académico

Hermes

127926

EDUCACIÓN FUTURO
Formación para el Trabajo

Aprobación Oficial SED 5518 de 2004 - 1559 de 2006 - 13-0099 de 2010

compensar

Educación Futuro, Formación para el Trabajo
y Agencia de Colocación de Empleo de Compensar

Certifican que:

LAURA CATALINA LÓPEZ DELGADO

C.C. No. 1032455699

Asistió al Taller de Competencias Transversales:

Proyecto de vida, Comunicación, Manejo del conflicto y habilidades de negociación, Trabajo en equipo y Toma de decisiones

Con una intensidad total de veinticuatro (24) horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C., a los dieciocho (18) días del mes de Noviembre de dos mil diecisiete (2017)

Dirección General

Dirección Académica

127944

EDUCACIÓN FUTURO
Formación para el Trabajo

Aprobación Oficial SED 5518 de 2004 - 1559 de 2006 - 13-0099 de 2010

compensar

Educación Futuro, Formación para el Trabajo
y Agencia de Colocación de Empleo de Compensar

Certifican que:

LAURA CATALINA LÓPEZ DELGADO

C.C. No. 1032455699

Asistió al Taller de Competencias Clave:

Inteligencias para el trabajo y la vida, Habilidades lectoescritas, Pensamiento lógico matemático, Planeación y manejo del tiempo

Con una intensidad total de dieciséis (16) horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C., a los dieciocho (18) días del mes de Noviembre de dos mil diecisiete (2017)

Dirección General

Dirección Académica

Bogotá D.C

Señores:
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

REF¸ Autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, LAURA CATALINA LOPEZ DELGADO 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:

TRABAJADORA SOCIAL

Cordialmente;



No. de documento: 1032455699

Tarjeta profesional No: 344421001

Dirección de contacto: CRA 5 Nº 6B-98

Teléfono: 3134945028

FUNDASES

FUNDACION DE ASESORIAS PARA EL SECTOR RURAL
NIT. 800.028.687-3

LA FUNDACION DE ASESORIAS PARA EL SECTOR RURAL FUNDASES

NIT: 800.028.687-3

CERTIFICA:

Que **LÓPEZ DELGADO LAURA CATALINA** identificada con cédula de ciudadanía **N° 1.032.455.699** de **Bogotá D.C.** estuvo vinculada a la Fundación mediante una Orden de Prestación de Servicio desde el 01 de marzo de 2017 al 28 de febrero de 2018 desempeñando el cargo de Profesional de Equipo Psicosocial en el proyecto "Familias Empoderadas", desarrollado con comunidades rurales en el departamento de Cundinamarca.

Se expide en Bogotá D.C. a los quince (15) días del mes de marzo de dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

SANDRA PATRICIA QUIJANO URREA
Directora Administrativa y Financiera

30 Años

Innovando, Naturalmente

BOGOTÁ D.C., CRA 74 A No. 80 - 57 TELS: 4304454 - 4308987 FAX: 4308997 CELS: 3212036092 - 3208472066
E-mail: centrodecontacto@fundases.com

FUNDACION PARA EL DESARROLLO SOCIOCULTURAL, DEPORTIVO Y COMUNITARIO
FUNDESCO
NIT. 830.133329-1

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre los suscritos **GINNA MARÍA BEJARANO PINZÓN,** mayor de edad, identificada con C.C. No. 52.992.154 expedida en Bogotá, en su calidad de representante legal de la **FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO SOCIOCULTURAL, DEPORTIVO Y COMUNITARIO – FUNDESCO ,** identificada con NIT No. 830.133.329-1, entidad sin ánimo de lucro, legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE** y, por otra parte, **LAURA CATALINA LÓPEZ DELGADO,** identificado con C.C No. 1.032.455.699 de Bogotá, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, se ha convenido en celebrar el presente contrato de prestación de servicios, que se regulará por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia que trata este contrato. **CLAUSULA PRIMERA**. **OBJETO.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios y elementos de trabajo, prestará los servicios como PROFESIONAL DE TERRITORIO, en el marco del Contrato de Prestación de Servicios No.181 de 2017, celebrado entre el Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar y la Fundación para el Desarrollo Sociocultural, Deportivo y Comunitario -Fundesco-, cuyo objeto reza: "PRESTAR LOS SERVICIOS PARA APOYAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CONVIVENCIA, LA CULTURA CIUDADANA Y LA PREVENCIÓN DEL DELITO Y LA PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS CONTRA LA MUJER". **CLAUSULA SEGUNDA. DURACION O PLAZO.** Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de SEIS (06) meses comprendido entre el Marzo 28 a Septiembre 27 de 2018 **PARÁGRAFO**: El plazo para la ejecución del presente contrato permanecerá vigente hasta que finalice el Contrato de Prestación de Servicios con el Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar sin que ello dé lugar a la modificación de alguno de los términos aquí pactados y podrá tener suspensiones o prórrogas que estipule la interventoría o supervisión del Contrato de prestación de servicios. **CLAUSULA TERCERA. OBLIGACIONES DE LA CONTRATISTA.** Son obligaciones de la contratista: **1**. Sensibilización y empoderamiento de la comunidad, vecinos de los parques y colegios, propietarios y administradores de establecimientos de comercio para contrarrestar actividades que desmejoren la convivencia y seguridad de sus entornos. **2.** Diseñar, realizar los talleres y sensibilizaciones relacionadas a Código nacional de Policía, rutas de atención en casos de violencia contra las mujeres y ruta de atención y acceso a la justicia de acuerdo a las directrices entregadas en los diferentes comités de cada estrategia. **3.** Coordinar las actividades de cultura ciudadana en cada una de las UPZ y zona rural. **4.** Apoyar las actividades que desarrolle la Alcaldía Local enmarcadas en componentes de prevención, atención de violencias, convivencia y cultura ciudadana. **5.** Apoyar la convocatoria y realización de Juntas Zonales de Seguridad de la localidad y

realizar los documentos que salgan de las mismas. **6.** Apoyar en el desarrollo de cada una de las actividades establecidas en este contrato. **7.** Reunirse cada vez que sea solicitado por la supervisión designada o la interventoría. **8.** Presentar los informes técnicos con sus respectivos soportes en los plazos que le sean solicitados. **9.** Responder las solicitudes de información que le sean solicitadas sea por la comunidad, la supervisión designada o la interventoría en un plazo no mayor a 3 días hábiles.**10.** Hacer seguimiento y presentar informes estadísticos de la atención psicosocial prestada a los casos remitidos de violencia contra mujeres. **11.** Hacer los informes que le sean solicitados. 12. Apoyar en el desarrollo de la Metodología de las Juntas Zonales de seguridad. 13. Apoyar en el desarrollo de las actividades u acciones que se desarrollen en el PICS de la localidad 14 **PARÁGRAFO 1:** Entregar a la Fundación, en las fechas establecidas y para cada pago, la documentación requerida así Digitalización de las planillas de asistencia, refrigerios, registro fotográfico por actividad, informe cuantitativo y cualitativo por meta propuesta en su respectivo componente, fotocopia del RUT actualizado, pago de aportes parafiscales. **PARÁGRAFO 2:** CONFIDENCIALIDAD. Se entiende que toda la información en los diferentes componentes: capacitación y sensibilización en prevención a la comunidad a través del código de policía, prevención de violencias contra la mujer, acceso a la justicia, cultura ciudadana y convivencia y juntas y planes zonales de seguridad y prevención de delitos que se desarrollan en la localidad de Ciudad Bolívar, la cual la deben tratarse y desarrollar con la ética profesional respectiva. **CLAUSULA CUARTA. OBLIGACIONES DE LA CONTRATANTE.** Son obligaciones de la CONTRATANTE: **1.** Cancelar los honorarios fijados a la CONTRATISTA ocho (8) días hábiles posteriores a la entrega de los documentos mencionados en el parágrafo 1 de la cláusula anterior. **2.** Entregar toda la información y suministros que solicite LA CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente. **3.** Velar por el cumplimiento de todas las cláusulas contractuales. **4.** Exigir a la CONTRATISTA la ejecución idónea y oportuna del objeto del contrato. **CLAUSULA QUINTA. VALOR Y FORMA DE PAGO.** LA CONTRATANTE pagará a EL CONTRATISTA por concepto de los servicios estipulados la suma de $ 4.245.550 (CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE) mensuales, previa entrega del pago de aportes a la seguridad social (ARL, salud y pensión), previa presentación de cuenta de cobro y de los documentos ya descritos en el parágrafo 1 de la cláusula tercera. **CLAUSULA SEXTA. CESIÓN.** Este contrato no podrá ser cedido en ningún caso por EL CONTRATISTA, sin previa autorización escrita de LA CONTRATANTE. **CLAUSULA SEPTIMA. CONDICION LABORAL.** EL CONTRATISTA no adquiere ninguna relación laboral con LA CONTRATANTE. **CLAUSULA OCTAVA. VIGILANCIA.** La representante legal supervisará la ejecución del servicio profesional encomendado y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas en conjunto con LA CONTRATISTA. **CLAUSULA NOVENA. SEGURIDAD SOCIAL.** LA CONTRATISTA por su cuenta deberá certificar su vinculación al sistema general de

seguridad social de acuerdo con las normas vigentes, requisito previo a la firma del presente documento. **CLAUSULA DECIMA. TERMINACIÓN ANTICIPADA.** Incurrir en alguna de las causales enumeradas a continuación por alguna de las partes, dará lugar a la terminación unilateral del Contrato de Prestación de Servicios **1.** No acatar el cumplimiento de las obligaciones anteriormente relacionadas. **2.** No cumplir con los horarios establecidos para el taller o cambiarlos sin previa autorización del coordinador pedagógico y administrativo. **3.** Desarrollar actividades económicas o transacciones comerciales con la comunidad o integrantes del proyecto. **4.** No tener un buen comportamiento, compostura, decoro, y buen trato con la comunidad, el equipo de gestión y demás personal institucional, **5.** Realizar proselitismo político, religioso o confesional. **6.** Efectuar discriminación social, religiosa, sexual o de condición social. **7.** Realizar acciones u omisiones que tengan que ver con el buen cumplimiento de sus funciones. **CLAUSULA UNDECIMA. CLAUSULA COMPROMISORIA.** Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en primera instancia mediante el diálogo y en segunda instancia con las directivas de la Fundación para el Desarrollo Sociocultural, deportivo y comunitario FUNDESCO.

En señal de conformidad, las partes suscriben este documento en la ciudad de Bogotá, en dos (2) ejemplares del mismo tenor, el día veintiocho (28) de Febrero de dos mil dieciocho (2018).

LA CONTRATANTE

GINNA M. BEJARANO P.
C.C. No. 52.992.154 de Bogotá
Representante Legal

EL CONTRATISTA

Laura Catalina López D.

LAURA CATALINA LÓPEZ DELGADO
C.C No. 1.032.455.699 de Bogotá
Profesional de territorio

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14466128517

(415)7707212485584(8020) 000001446612831 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1032455699	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	1032455699	20110315

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
LOPEZ	DELGADO	LAURA	CATALINA

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 5 6 B 98 AP 404

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
laclopezde@gmail.com		3134945028	

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
7490	20180409						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 20180423

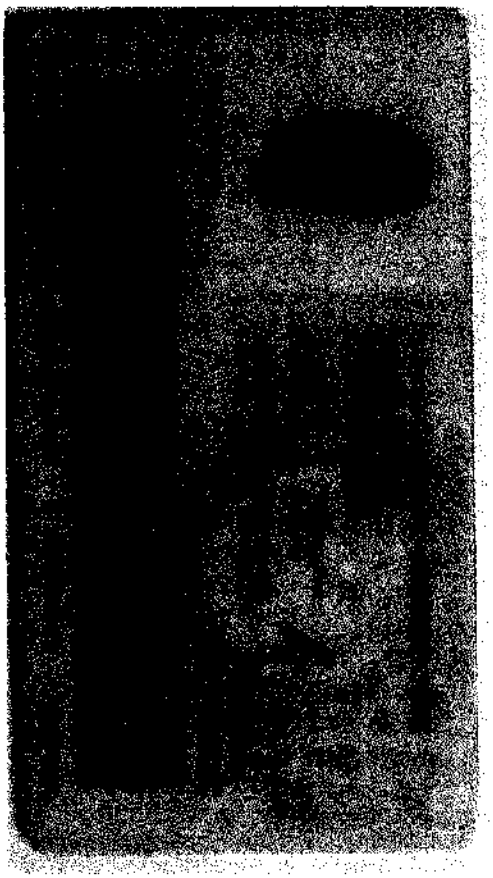
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

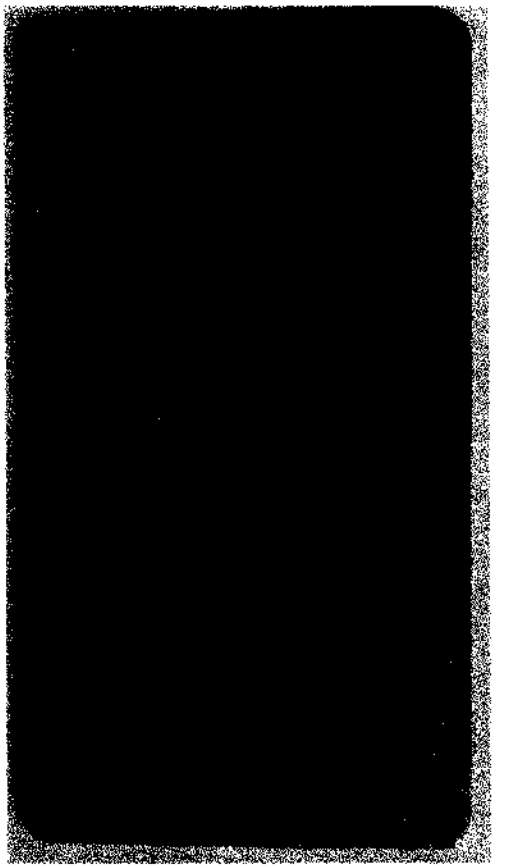
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice
Firma autorizada:

984. Nombre: LOPEZ DELGADO LAURA CATALINA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 23-04-2018 08:55:31AM

DOCUMENTO SIN COSTO





ITEM	COMPONENTES O ACTIVIDADES	DESCRIPCION	CANT	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO INCLUIDO EL IVA	VALOR TOTAL IVA INCLUIDO
APOYO JUNTAS ZONALES DE SEGURIDAD						
33	AFICHES	Diseño e impresión de afiches de tamaño medio pliego (70x50 cm) impresos a full color en papel propalcote de 150 gr esmaltado	500	UNIDADES	1.757	878.600
34	VOLANTES	Diseño e impresión volantes en tamaño media carta impresos a full color en papel propalcote de 115 grs	7000	UNIDADES	60	420.000
35	MAPAS	Diseño e Impresión de mapas de las UPZ y zona rural en tamaño súper extra 62x32 cm a full color	35	UNIDADES	10.000	350.000
36	SONIDO	Alquiler de un sonido de 5 000 Watts con 4 microfonos inalámbricos para apoyar el desarrollo de las Juntas Zonales	7	SERVICIOS	2.380.000	16.660.000
SUBTOTAL						**18.308.600**
VALOR TOTAL SERVICIOS						**475.382.530**
UTILIDAD						**24.617.470**
VALOR TOTAL PROYECTO						**500.000.000**

Dado los anteriores ESTUDIOS PREVIOS y verificadas las actividades a desarrollar se adjunta a la presente ACTA DE APROBACIÓN la **PROPUESTA PRESENTADA POR FUNDESCO** por la suma de **CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE PESOS ($468.251.817.oo) MCTE;** es así que la Supervisión de apoyo revisa el radicado por el ejecutor FUNDESCO.

Bajo Radicación No **2018-691-003506-2 de fecha 16 de Marzo de 2018**, la FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO SOCIOCULTURAL, DEPORTIVO Y COMUNITARIO FUNDESCO allega:

PRESENTACIÓN DE RECURSO HUMANO

No	Nombres y Apellidos	Profesión	Componente	Tiempo de Duración	APROBACIÓN
1	Cr. Hugo Henry Márquez Cepeda	Administración Policial y de Empresas	Coordinador general	7 meses	APROBADA
2	Edwin Alexander Figueroa Correal	Administrador Policial	Capacitación y Sensibilización Código de Policía, Acceso a la Justicia, Juntas Zonales de Seguridad y prevención	6 MESES	APROBADA
3	Hans Aguirre Ayala	Administrador Policial	Capacitación y Sensibilización Código de Policía, Acceso a la Justicia, Juntas Zonales de Seguridad y prevención	6 MESES	APROBADA

4	Julián Leonardo Laverde Bonilla	Administrador Policial	Capacitación y Sensibilización Código de Policía, Acceso a la Justicia, Juntas Zonales de Seguridad y prevención	6 MESES	APROBADA
5	Luz Marina ortega García	Trabajadora Social	Prevención de Violencias contra la mujer, Conmemoración día Internacional por los derechos de la mujer, Cultura Ciudadana y Convivencia	6 MESES	APROBADA
6	Lina María Florián Blanco	Trabajadora Social	Prevención de Violencias contra la mujer, Conmemoración día Internacional por los derechos de la mujer, Cultura Ciudadana y Convivencia	6 MESES	APROBADA
7	Laura catalina López Delgado	Trabajadora Social	Prevención de Violencias contra la mujer, Conmemoración día Internacional por los derechos de la mujer, Cultura Ciudadana y Convivencia	6 MESES	APROBADA
8	Dalila González Ortiz	Psicóloga	Atención psicosocial a mujeres víctimas de violencia	6 MESES	APROBADA
9	Shalom Murcia Ávila	Psicóloga	Atención psicosocial a mujeres víctimas de violencia	6 MESES	APROBADA
10	Angie Lorena Martínez Ramírez	Auxiliar	Atención en consultorio, apoyo a actividades en los componentes	6 MESES	APROBADA

Dada la anterior relación del RECURSO HUMANO, presentado por la Fundación para el Desarrollo Sociocultural, Deportivo y Comunitario- FUNDESCO, y una vez revisadas las mismas, la Supervisión de apoyo ve viable las Hojas de vida, **AVALANDO Y/O APROBANDOLAS**, con el fin de que den inicio a las actividades propuestas en cada caso.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.032.455.699**

LOPEZ DELGADO

APELLIDOS

LAURA CATALINA

NOMBRES



Laura Catalina López D.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAR-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

15-MAR-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-01010750-F-1032455699-20180528 **0061**317061A 1 9904485292

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14466128517

(415)7707212489984(8020) 000001446612851 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 4 5 5 6 9 9	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 3 2 4 5 5 6 9 9	2 0 1 1 0 3 1 5

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	DELGADO	LAURA	CATALINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 5 6 B 98 AP 404

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
laclopezde@gmail.com		3 1 3 4 9 4 5 0 2 8	

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
7 4 9 0	2 0 1 8 0 4 0 9		Año Mes Día				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 4 2 3

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 LOPEZ DELGADO LAURA CATALINA
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: 14/09/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 1032455699	LAURA CATALINA LOPEZ DELGADO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 5 6B 98 AP 404 Teléfonos: 3134945028

Dirección electrónica: laclopezde@gmail.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: 09/04/2018

Fecha inicio de Actividades: 09/04/2018 Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 74901 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. como consultoría profesional (incluye actividades de periodistas)

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 Secretaria de Hacienda Distrital.

Fuente: RIT-SHD

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
ICONTEC

Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto No. 2833 de 1981

REGISTRO PROFESIONAL

N° 1.032.455.699
de la trabajadora social



Nombres: Laura Catalina

Apellidos: López Delgado

Inscripción: 10 de octubre de 2017

Resolución: 0396 31 de oct. de 2017

Código interno: 344421001

Registro Profesional

Este documento es personal e intransferible y da derecho a ejercer legalmente la profesión de Trabajo Social en Colombia.

Sede del Consejo:
CALLE 78 N° 12 A - 15 PBX: 248 4683
BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

CONTAMATIC

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA , YO ME VACUNO.

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Laura Catalina			
Apellidos:	Lopez Delgado			
Documento de identidad:	C.C. X T.I.	Pasaporte	No.	1032455689
Fecha de Nacimiento:	Día.	Mes.	Año.	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	13 SET. 2018		
	2	13/01/2016		4/14
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S.

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 13-sep-2018 **HORA** 12:58:27
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Laura Catalina Lopez Delgado
Edad 25 años 6 meses 1 dia
Documento de Identificación: CC Número: 1032455699
Cargo TRABAJADORA SOCIAL

RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO :

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional
Recomendaciones:

Otras Recomendaciones 1/Uso de EPPs adecuados a actividad laboral. 2/Programa de cargas (capacitar) manejo cargas si llega a realizar esta actividad. 3/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 4/Ropa de trabajo acorde a actividad laboral. 5/Confirmar esquema de vacunación de adultos. *AYUDAS DIAGNOSTICAS* PRACTICADAS: -MEDICO: NORMAL. -OSTEOMUSCULAR: NORMAL -REMISION A EPS?: NO

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Aptitud Especifica:

- ☐ vehiculos pesados
- ☐ Equipos móviles de superficie
- ☐ Manejo de sustancias peligrosas
- ☐ Manejo de materiales fundidos
- ☐ Guardas de equipos
- ☐ Aislamiento y/o inmersión
- ☐ Trabajos de altura
- ☐ Operaciones de levante y manipulación de carga
- ☐ Manipulación de alimentos

Tipo de Restriciones:

- ☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas
- ☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas
- ☐ Ruido por encima de 85 db
- ☐ Trabajos por turnos
- ☐ Exposición a la luz solar directa
- ☐ Exposición a material particulado y/o gases
- ☐ Exposición a radiacón ionizante
- ☐ Trabajos en espacios confinados
- ☐ Posición sedente o bípeda prolongada
- ☐ Subir y bajar escaleras
- ☐ Movimientos repititivos
- ☐ Vibración
- ☐ Manipulación de cargas
- ☐ Tareas de agarre
- ☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
- ☐ Agacharse, ponerse en cunclillas o voltearse repetidamente
- ☐ Manipulación de alimentos

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Fabian S. Ramirez T.
Medico y Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
y Riesgos Laborales - RM N° 259176

Firma FABIAN RAMIREZ TORRES MD
C.C. 1013590019
Nombre: FABIAN SNAIDER RAMIREZ TORRES
RM. Lic.SO: 25-5205

Trabajador

Firma Laura Catalina Lopez
Nombre: Laura Catalina Lopez Delgado
CC N° 1032455699

Huella

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

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

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

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

FECHA:	13-09-2018	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 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
López	Delgado	Laura	Catalina		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION	FECHA EXPEDICION
C.C ☒	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐	1032455699	Bogotá D.C	15 marzo 2011
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:

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

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra. 5 # 6B-98	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	7497958

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
laclopezde@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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	FECHA EXPEDICION
C.C ☐	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA						CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	Digitar el codigo del rut	7490		
	NO ☒	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐		

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

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

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

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

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

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

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA TRANSPORTE ☐ TE LOGIA ALI TOS MEDICAN TOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Pinzón	Cortés	Karen	Andrea
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 9A # 0 -17	Bogotá DC / Colombia	amistad	

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta ahorros	488400337405	Park Way Bogotá	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:
IMPOR ON ☐ EXPORTA N ☐ TRANSFERENCI ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS RA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Digite su profesión Trabajadora Social

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del 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 requeriria 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 comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , 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 Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

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

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

Laura Catalina Lopez

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:		

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LAURA CATALINA LOPEZ DELGADO identificado(a) con cedula ciudadania 1.032.455.699 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180608	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED CENTRO ORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10130681

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

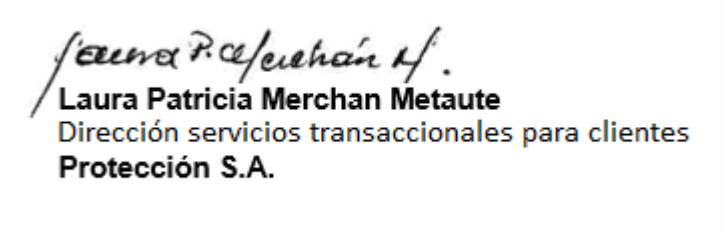
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPEZ DELGADO LAURA CATALINA** identificado(a) con **CC** número **1.032.455.699** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de septiembre de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de septiembre de 2018.

Cordialmente,



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

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

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

2018091318122

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

1032455699 Numero de Documento	SEGUROS BOLIVAR ARL

LAURA	CATALINA	LOPEZ	DELGADO
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

12/03/1993	BOGOTA	CRA 5 Nº 6B-98	7497958
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

COMPENSAR EPS - Salud	PROTECCION AFP - Pensiones	$ 2.800.000 Honorarios

TRABAJADORA SOCIAL Objeto Contractual (Cargo)	 Fecha Inicio del Contrato
LACLOPEZDE@GMAIL.COM Correo Electrónico	3134945028 Celular
Laura Catalina López Firma del Afiliado	 Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 115373613

WEB
18:53:47

Bogotá DC, 13 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) LAURA CATALINA LOPEZ DELGADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032455699:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de septiembre de 2018, a las 19:00:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032455699
Código de Verificación	1032455699180913190029

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2440828

Bogotá D.C., 13 de Septiembre de 2018 - 18:48 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 TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE**

1032455699

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 9_WTBHL_4718
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 18:41:55 horas del 13/09/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032455699**
Apellidos y Nombres: **LOPEZ DELGADO LAURA CATALINA**

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.

Volver al Inicio

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **12/09/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LAURA CATALINA LOPEZ DELGADO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1032455699**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488400337405**
Fecha de apertura	**16/07/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA