Colombia Compra Eficiente

UTC -5 10:24:47

Buscar por proces | Menú

Buscar...

Escritorio ↔ **Configuraciones de Perfil**

Id de página: 14005882 Ayuda

- **Mis datos de usuario**
- **Noticias SECOP**
- Mis registros
- **Accesos del usuario**
- **Términos y condiciones de uso**

Nuevo registro

## Estado de las solicitudes de registro

Below is the list of all your memberships and corresponding status.

| NIT | Entidad Estatal/Proveedor | Fecha de solicitud | Fecha de aceptación | Estado |
|---|---|---|---|---|
| 52725778 | RUBIELAPELAYO | 19/01/2018 10:24:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 19/01/2018 10:24:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Aceptado |

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Pelayo | Murillo | Betty Rabida. |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52725778

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 01 MES 12 AÑO 1980

PAÍS colombia.

DEPTO Bogota

MUNICIPIO Bogotá.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera. 12 calle 41 83 301

PAÍS colombia DEPTO Bogotá.

MUNICIPIO Bogotá

TELÉFONO 3012763046 EMAIL Rabidap@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: bachiller |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | MES 11 AÑO 2008 |
| | | | | | | | | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tc | 3 | X | | Tecnico laboral Porcoporcina | 07 | 2011 | 52725778 |
| | | | | Auxiliar de Enfermeria. | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

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* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *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* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| Sociedad de amigos contra el cancer | | X | colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogota | Bogota | [illegible] |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 5557080 ext 1000 | DÍA 04 MES 08 AÑO 2015 | DÍA 04 MES 11 AÑO 2017 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| fijo | Salud | cr 16 59 12 |

*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* | 6 | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 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* Bogota 27 08 2018

Betty Rubida Retavo murillo

*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 |
|---|
| |

**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

YO, Betty Rubida Pelayo Murillo

IDENTIFICADO CON : C.C. [1] C.E. [2] OTRO [3] No. 52725778 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :

| DIRECCIÓN | TELÉFONOS |
|---|---|
| cl 12 41 83 sur loma | 3012763046 |

| MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|
| Bogotá | Bogotá | colombia |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Ana Estella Murillo | fallecido | mamá |
| Sibel Pelayo Rincon | Fallecido | Papa |
| Ingri Yohanna Pelayo | 1000796406 | hija |
| Wilmer Yohanyuz Pelayo | 1025060248 | hija. |
| | | |
| | | |
| | | |

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** [ ], **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 | 10·800000 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | |
| ARRIENDOS | |
| HONORARIOS | |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | |
| TOTAL | 10·800 000 |

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 |
|---|---|---|
| Ingri bohorquez Pelayo | Manutencion. | 300.000 |
| Wilmer bohorquez Pelayo | manutencion | 300.000 |
| Rubiela Pelayo | trasportes | 130.000 |
| Rubiela Pelayo | alimentacion | 250 000 |
| | | |

## 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 [X] NO [ ] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con : Jesus guillermo bohorquez

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | Nº |
|---|---|---|
| Jesus Guillermo bohorquez. | C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] | 52725778 |

## 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 |
|---|---|
| Tecno auxiliar Enfermeria. | Salud, Auxiliar enfe. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3 FIRMA

Bdta Rubiela Pelayo Novillo
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogota 27 2018
CIUDAD Y FECHA

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

# Colegio Cooperativo Comunal San Blas

Aprobación Oficial del Ministerio de Educación Nacional,
según resolución No. 19451 del 24 de Noviembre de 1987
Secretaría de Educación Distrital No. 7528 de 1998

Confiere a:

## *Betty Rubiela Pelayo Murillo*

*c.c. 52.725.778 de Bogotá D.C.*

El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Vocacional, según los Planes y Programas Vigentes

César A. Murillo Badillo
Rector

Margarita Giraldo Maya
Secretaria

Dado en Bogotá, D. C. a los 13 días del mes de Diciembre de 2008

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

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

# "FUSDESA"

## FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

## CONFIERE A:

# BETTY RUBIELA PELAYO MURILLO

C.C. 52.725.778 DE BOGOTA D.C.

EL CERTIFICADO DE

# TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

# AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMIREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

SOCORRISTAS
FUNDACIÓN
"FUSDESA"

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 08 Días del Mes de Julio de 2011
Anotado en el Folio 10901 Del libro 05 del Registro de FUSDESA

# COLEGIO COOPERATIVO COMUNAL SAN BLAS

Aprobación Oficial M.E.N. 19451 Noviembre 24 / 87 Hasta Nueva Visita
Inscripción S.E.D. Nº 2341 - DANE Nº 311001010234 - Notaria 1ª
Res. S.E.D. 7528 - Nov. 20 de 1998
NIT. 860.040.991-5

## *Acta de Grado*

**COLEGIO COOPERATIVO COMUNAL SAN BLAS**
Res.: S.E.D. 7528 – Nov.20 de 1998
**Acta No. 041** - Diciembre 13 de 2008

En la ciudad de Bogotá D.C. el día 13 de Diciembre de 2008, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría del COLEGIO COOPERATIVO COMUNAL SAN BLAS, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad Académica , según Resolución No. 19451 del 24 de Noviembre del año 1987 y Resolución No. 7528 de Noviembre 20 de 1998 de la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá D.C.
Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional de Educación de adultos, según el Decreto 3011 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional, se procedió a otorgar el Título de:

## BACHILLER ACADÉMICO

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

## PELAYO MURILLO BETTY RUBIELA

C.C. 52.725.778 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No.041, de fecha 13 de Diciembre de 2008, que consta de 195 alumnos que comienza con el nombre de Acero González Orlando y se cierra con el nombre de Yara Madrigal Fabiola.
Firmado por CESAR AUGUSTO MURILLO BADILLO (Rector) y MARGARITA GIRALDO MAYA (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C. a los 13 días del mes Diciembre de 2008

Firmado y Sellado

CESAR AUGUSTO MURILLO BADILLO
C.C. 4.790.397 de Quibdó
**RECTOR**

MARGARITA GIRALDO MAYA
C.C. 30.277.323 de Manizales
**SECRETARIA**

Para **AUTENTICAR** este documento: **NOTARÍA PRIMERA**

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

# "FUSDESA"

## FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

## ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 025

## ACTA INDIVIDUAL N° 10901

En Bogotá D.C. a los 08 días del Mes de Julio del año 2011,
**B E T T Y  R U B I E L A  P E L A Y O  M U R I L L O**
Identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 52.725.778 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
**AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 10901 del Libro 05 del Registro de FUSDESA.

FUNDACION DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Bogotá D.C

Señores:

fundacion de Socorristas desarrollo y accion fusdesa
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Betty Rubida Pedraza murillo 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:

tecnico auxiliar en competencia auxiliar de enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Betty Rubida Pedraza murillo

No. de documento: 52725778

Tarjeta profesional No: 52725778

Dirección de contacto: carrera 12 a 41 83 sur

Teléfono: 3012763046

**PRO SEGUIR**
*Asociación de amigos contra el Cáncer*

## CERTIFICACIÓN CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO

La **ASOCIACIÓN DE AMIGOS CONTRA EL CÁNCER - PROSEGUIR.**, identificada con NIT. 830.090.073-3, entidad privada sin ánimo de lucro, en calidad de Institución Prestadora de Servicios de Salud, debidamente habilitada ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá para prestar servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios de atención integral y manejo interdisciplinario del dolor agudo, crónico y cuidados paliativos institucionales y/o domiciliarios.

**C E R T I F I C A:**

Que **PELAYO MURILLO BETTY RUBIELA** identificada con cédula de ciudadanía Nº 52725778 ,prestó sus servicios mediante un contrato a término indefinido con la Asociación de Amigos Contra el Cáncer Proseguir, identificada con NIT. 830.090.073-3, como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** desde el día **05 DE AGOSTO DE 2015** al **04 DE NOVIEMBRE DE 2017**

Para Constancia, se firma en Bogotá DC, a los **VEINTINUEVE (29)** días del mes de **DICIEMBRE DE 2017.**

PROSEGUIR
NIT.: 830.090.073-3
RECURSOS HUMANOS

**JENNIFER ANDREA CANCHILA**
**Directora Administrativa**

Dir. Carrera 16 No. 59 - 12 Bogotá, D.C. - Colombia
(+571) 555 7080 Ext. 1000
pros@proseguir.org • gerencia@proseguir.org • contacto@proseguir.org
www.proseguir.org

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.725.778**

**PELAYO MURILLO**

APELLIDOS

**BETTY RUBIELA**

NOMBRES

Betty Rubiela Pelayo M.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-1980**

**JERICO**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.56** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**09-ABR-1999 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00203377-F-0052725778-20091215 **0019069955A 1** 1640115266

DIAN®

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14227026455

(415)7707212489984(8020) 000001422702645 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 7 2 5 7 7 8 | 2 | 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 | 5 2 7 2 5 7 7 8 | 1 9 9 9 0 4 0 9 |

| Lugar de expedición 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Jericó 3 6 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PELAYO | MURILLO | BETTY | RUBIELA |

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 8 A ESTE 2 B 33

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| rubipe6315@hotmail.com | | 3 7 3 3 0 9 2 | 3 2 0 4 3 6 0 6 6 3 |

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

| Actividad principal 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | Actividad secundaria 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | Otras actividades 50. Código: 1 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 6 9 9 | 2 0 1 1 1 1 1 1 | | | | |

| Ocupación 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

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

12- Ventas régimen simplificado

**Obligados aduaneros**

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

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

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

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: REYES RODRIGUEZ RODRIGO ALBERTO

985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 07-12-2017 01:56:48PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 21-12-2017
Hora: 11:18:43 AM


**CONTRIBUYENTE** NIT 52725778-2 BETTY RUBIELA PELAYO MURILLO

**Información General**

*Dirección* KR 8 ESTE 2 B 33

*Teléfonos* 3733092 - 3204360663

*Dirección electrónica* rubipe6315@hotmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 19/01/2012

*Soporte Inscripción* 14020850

*Fecha Inicio Actividades* 19/01/2012

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Jurídica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 17002527451

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

BETTY RUBIELA
PELAYO MURILLO

C.C. 52725778

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 22/08/ 011

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

# *Resolución No* 7765 *de* 08/08/2011

## *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C*

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

**EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

*CONSIDERANDO*

Que el(la) señor(a) PELAYO MURILLO BETTY RUBIELA Identificado(a) con CC número 52725778 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 08/07/2011.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** autorizar a PELAYO MURILLO BETTY RUBIELA identificado(a) con CC número 52725778 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

**ARTICULO TERCERO:** Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

**NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE**
Dada en Bogotá, D.C. a los 08/08/2011

**HERMAN REDONDO GÓMEZ**
**Director de Desarrollo de Servicios**
Reviso : Yudy Rodríguez
Elaboro : Victor Sánchez

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) BETTY Rubiela Pelayo
CC. # 52725778

Firma BETTY Rubiela Pelayo

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52725778

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2018-08-26→6:39:43 PM**

| *Tipo Identificación* | *Nro. Identificación* | *Primer Nombre* | *Segundo Nombre* | *Primer Apellido* | *Segundo Apellido* | *Detalles* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52725778 | BETTY | RUBIELA | PELAYO | MURILLO | Ver |

**Información Detallada [CC: 52725778] BETTY RUBIELA PELAYO MURILLO**

**2018-08-26→6:39:43 PM**

**Información Académica**

| *Tipo Programa* | *Origen Obtención Título* | *Profesión u Ocupación* | *Fecha desde que puede ejercer* | *Entidad Reportadora* |
|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2011/8/08 | DTS 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 acreditaron 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).

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 05-07-09 | | H.C.C. |
| | 2 | 10-08-09 | | H.C.C. |
| | 3 | 16-04-10 | 024L9007C | H.C.C. |
| | 4 | 10-03-11 | 024L9007D | H.C.C. |
| | 5 | 8-02-12 | 024L9005 D | H.C.C. |
| Contra Hepatitis B | 1 | 10-08-09 | UVA09008 | R.U. |
| | 2 | 10-02-10 | UVA 09008 | R.U. |
| | 3 | 15-09-11 | [illegible] | R.U. |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 1 | 18.10.08 | GS505-1 | H c c. |
| | | | | |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**BIOTOSCANA S.A.**
SU ÁNGEL PROTECTOR EN SALUD

CARRERA 21 No. 22-30 SUR - 2° PISO - CEL.: 311 587 9591
Barrio Olaya - Bogotá, D.C. - Colombia
blanca.rojas98@hotmail.com

# CARNET DE VACUNACIÓN

NIT. 41798614-6 CODIGO PRESTADOR 110010985301

| | |
|---|---|
| Nombre: | Betty Lobiela Pitaya |
| Dirección: | KR 12 # 41-83 Sur |
| Teléfono: | 3012763046 |
| H.C.: | 52725738 |
| Entidad Vacunadora | Hender Cordoba |

| OTRAS | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1a. | | | |
| HEPATITIS B | 2a. | | | |
| HEPAVAX GENE | 3a. | | | |
| R.O | 4.0 | 27-08/2018 | 811040m02 | |

| INFLUENZA AGRIPAL * SI | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | |

| VARICELA | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | |

| HEPATITIS A *EP AXAL°* | D... | ...ÓN | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | ...Reg. No.: INVIMA 2017M-000... Lot No. : 1434034. 02 Exp. Date: 2020. 01. 10 | | | |

| TRIPLE VIRAL *MORUPAR°* | DOSIS | ...ÓN | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | |

| OTRAS | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1a. | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

**OLAYA S.A.S**

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO



**IMPORTANTE: no confie su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros medicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.**

**NOTA: este certificado medico es vàlido en el formato original y con el sello seco.**

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4116)

### MOTIVO DE EVALUACIÓN

| FECHA: 11/01/18 | INGRESO [X] | EGRESO [ ] | PERIODICO [ ] | TRAB. EN ALTURAS [ ] | ESPAC. CONFINADOS [ ] | MAN. ALIMENTOS [ ] |
|---|---|---|---|---|---|---|

| NOMBRE | BETTY RUBIELA PELAYO MURILLO | | |
|---|---|---|---|
| CEDULA | 52.725.778 | TELEFONO O CELULAR | 3012763046 |

### EXAMENES REALIZADOS

| EXAMEN MEDICO [X] | AUDIOMETRÍA [ ] | VISIOMETRÍA [ ] | ESPIROMETRÍA [ ] | LABORATORIO CLÍNICO [ ] | PRUEBA VESTIBULAR [ ] |
|---|---|---|---|---|---|

### INFORMACION ORGANIZACIÓN

| NOMBRE DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| CARGO | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

### CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

#### EXAMEN DE INGRESO

| | | | |
|---|---|---|---|
| APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES | [X] | APTO CON RESTRICCIONES | [ ] |
| APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO | [ ] | APLAZADO | [ ] |
| APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS | [ ] | NO APTO | [ ] |

| RESULTADO EXAMENES | MEDICO |
|---|---|
| OBSERVACIONES | EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: TINNEL, PHANEL, JOBE, LASAGUE Y SIMMOND: NEGATIVO |
| TIPO DE RESTRICCION | NINGUNA. |

#### COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

Pablo Hernández Meneses
Médico cirujano (UIS)
Esp. Higiene y Salud Ocupacional
Esp. Gestión Integrada QHSE
LSO 52.4/09

#### COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

### RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06, Res 652 de 2012). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Pausas dinamicas cada 2 horas. Evitar posicion estatica de pie, pasar con nutricionista

| PABLO HERNANDEZ<br>FIRMA Y LSO PROFESIONAL | Betty Rubiela Pelayo 52725778<br>FIRMA, CÉDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE |
|---|---|

Pablo Hernández Meneses
Médico cirujano (UIS)
Esp. Higiene y Salud Ocupacional
Esp. Gestión Integrada QHSE
LSO 52.4/09

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado : el** que falsifique documento privado que pueda servir de prueba , incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. **(Articulo 289 del Código penal Colombiano).**

Principal : Cra. 21 No. 26-52 sur. Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687
Barrio Olaya - centromedicoolaya@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# TRAUMA GOLDEN HOUR

NIT. 080.438.288-6

BECAUSE CRITICAL INTERVENTIONS AND CARE OF THE TRAUMA REQUIRES THE MORE EFFICIENT USE OF TIME AND THE MORE APPROPRIATE TRANSPORT OF PATIENTS.

INTERNATIONAL TRAINING CENTER FOR THE EDUCATION AND KNOWLEDGE IN THE PERFORMANCE AND THE PROPER HANDLING OF THE TRAUMA AND THE VALUABLE GOLDEN TIME COURSES BLS, COVE, APH, APHTLS, ATL, REVERT, CECRE, CRECL, RESCUE, FIRST AID AND OTHER.

EDUCACIÓN INFORMAL LEY GENERAL 115 DE FEBRERO 8 DE 1994 DE EDUCACIÓN Y SUS ARTICULO 1, ARTICULO 2, ARTICULO 5 SUS NÚMERALES 1-15 y en especial 8, 10, 13, TITULO II CAPITULO tres ART 44, 45, 69. TITULO XI CAPITULO 1 ART 204, ART 222. - DECRETO 4290 DE 2005. - CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA - LEY 720 DE 2001(DICIEMBRE 24)

***En cumplimiento de la ley 115 de febrero 8 de 1994 y al Decreto 4290 de 2005.***

***Hace constar que***

## BETTY RUBIELA PELAYO MURILLO

***Con Cédula de Ciudadanía No. 52.725.778***

*Cumplió con los objetivos del curso actualización en:*

## SOPORTE VITAL BÁSICO

** CON ENFASIS EN SISTEMA COMANDO DE INCIDENTES **

*Con una intensidad horaria de trece (13) horas en modalidad presencial.*

Realizado en Bogotá D.C. Cundinamarca, Colombia, el día 30 de diciembre de 2017.

*En testimonio de lo anterior, se firma a los nueve (9) días del mes de enero de dos mil dieciocho (2018).*

*VIGENTE HASTA EL DIA 30 DE DICIEMBRE DE 2019 Y SE DEBERA COTEJAR CON EL DOCUMENTO QUE LO ACOMPAÑA*

Fredy M. Vásquez
Coordinación para
Latinoamérica y el caribe
Trauma Golden Hour

Martha E. Perez D.
Dirección de Responsabilidad
Social para Latinoamérica
Trauma Golden Hour

C.I.T.G.H.438V288V
Instructor

C.T.G.H-CSVB-IIALMP 52.725.778 30 -12 /17-V-

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: | 27-08-18 | CIUDAD: | Bogota | 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 |
|---|---|---|---|
| Pelayo | Murillo | Betty | Rubiela Pelayo |

| TIPO DE IDENTIFICACION | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|
| C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ | 52725778 | 09 abril 1999 Bogota | 09 abril 1999 |
| PASAPORTE ☐ OTRO ☐ | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐ | | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 01-12-1980 | Jerico Boyaca | colombia | colombiana. |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ | 2 | 2 | 3012763046 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| Calle 12 41 83 Sur | Bogota | Bogota | colombia. | NA |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| Rubiela.Pelayo@sis09.gov.co | | 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 |
|---|---|---|---|
| Bohorquez | Mavir | Jesus | Guillermo |

| TIPO DE IDENTIFICACION | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|
| C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ | 5252 1073 | cucuta | |
| 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: 8697 |
| | | 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 [X] | SI [ ] NO [X] | |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO [ ] | SERVICIOS [ ] | SALUD [ ] | # NIT | |
|---|---|---|---|---|---|

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL: [X] Salud

| 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 |
|---|---|---|---|
| Silva | Hurtillu | Norbert | Julian |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| Kr 11 A # 1L-52 Sur | Bogotá | Conocido | 3165537178 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| Bancolombia | cuenta de Ahorros | 03126233781 | Bancolombia 20 de Julio | NA |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS EXTRANJERA [ ] 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* Tecnico Auxiliar enfermeria

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

## 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

### CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no 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 comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

### AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas 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 Título 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 consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO )***

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

Betty Rubida Pedraza murillo

**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:** | | |

compensar

**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
**COMPENSAR EPS**
**NIT 860.066.942-7**

**HACE CONSTAR**

Que el(la) señor(a) BETTY RUBIELA PELAYO MURILLO identificado(a) con cedula ciudadania 52.725.778 , se encuentra Activo 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 |
|---|---|
| 20180305 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 27 días del mes de Agosto de 2.018

**Observaciones:**

**Con destino a:**
TRAMITE PERSONAL

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: MARIA FERNANDA SANCHEZ
10040007

CER-AFI



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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) BETTY RUBIELA PELAYO MURILLO identificado(a) con C.C No. 52.725.778, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de agosto del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado¸ comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. ¸ e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

| | |
|---|---|
| 52725778 | SEGUROS BOLIVAR |
| Numero de Documento | ARL |

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|---|---|
| Betty | Rubiela | Pelayo | Murillo |

| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |
|---|---|---|---|
| 01 12 1980 | Tenza Boyacá | Calle 12 41 83 | |

| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |
|---|---|---|
| Compensar | Colfondos | $ |

| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |
|---|---|
| Tecnico Escribir perfil técnico o profesión | |

| Correo Electrónico | Celular |
|---|---|
| RubielaPelayo631509@mail.com | 3012763046 |

| Firma del Afiliado | Firma y Nombre Supervisor del Contrato |
|---|---|
| Betty Rubiela Pelayo murillo | |

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 114321428

WEB
18:49:22
Hoja 1 de

Bogotá DC, 26 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanc (SIRI), el(la) señor(a) BETTY RUBIELA PELAYO MURILLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52725778:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los ci anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en di momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se c 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 disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, c pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen func ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan l nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, va que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

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

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 domingo 26 de agosto de 2018, a las 19:13:27, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | NIT |
| No. Identificación | 52725778 |
| Código de Verificación | 52725778180826191327 |

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

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2406282**

**Bogotá D.C., 27 de Agosto 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) **BETTY RUBIELA PELAYO MURILLO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTICINCO MIL SETECIENTOS SETENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C.

**52725778**

**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: 8_S5R_4310**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 19:21:55 horas del 26/08/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52725778**
Apellidos y Nombres: **PELAYO MURILLO BETTY RUBIELA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 Nº 16 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Bogotá, 05 DE AGOSTO DE 2015

Señores: **BETTY RUBIELA PELAYO MURILLO**

BANCOLOMBIA S.A se permite certificar que nuestro Cliente BETTY RUBIELA PELAYO MURILLO Identificada con Cédula de Ciudadanía número 52.725.778 se encuentra vinculado con nosotros con los siguientes productos

| TIPO DE PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | FECHA PAGO | ESTADO |
|---|---|---|---|
| CUENTA AHORROS | 031-462313-81 | 2015/08/05 | A ACTIVA |

El manejo de este producto es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 3365671 de Bogotá, o en nuestra sucursal Centro Internacional ubicada en la cra 7 n 30 a 28.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Bogota - Of. 031 Centro Internacional
Asesor de servicios Nº 156

CARLOS ENRIQUE PAEZ LATORRE

ASESOR COMERCIAL