Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 17:44:51 | ESTEFANY CUCAITA...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio □ **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

Id de página:: 14005969 Ayuda

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Últimas modificaciones | Todos los usuarios | Activo | Seleccione | Crear

Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario		
ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO	estefany.cucaita@gmail.com	12/12/2017 03:57:20 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	14/12/2017 06:15:16 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Activo	Editar	Detalle

OPCIONES

Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso

VER

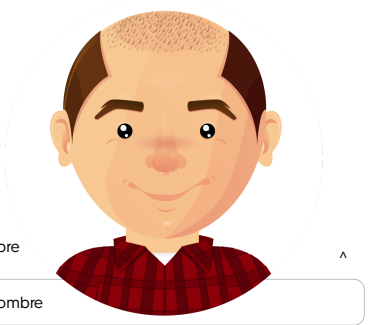
Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible.

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

JOTA
018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.



Nombre ^

Nombre

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CUCAITA	FANDIÑO	ESTEFANY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1023912013

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 16 MES 11 AÑO 1991

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

TV 5 G BIS 48 F 07 SUR

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

TELÉFONO 3133515401 EMAIL Estefany.cucaita@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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11X	MES 11 AÑO 2008

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		PSICOLOGA	04	2014	142593
ES	2	X		ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA INFANTIL, DEL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA	03	2016	

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*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	BOGOTA	epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DÍA 02 MES 05 AÑO 2017	DÍA 31 MES 03 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA-PROFESIONAL	SALUD PUBLICA	KR 3 A ESTE 31 C 21 BOGOTA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	BOGOTA	apoyoeconimicotipocruu@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3660007	DÍA 07 MES 07 AÑO 2015	DÍA 31 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA-PROFESIONAL	FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE UIRBE	CL 32 SUR 23 62 BOGOTA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SERDAN S.A.		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	BOGOTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3487370	DÍA 16 MES 06 AÑO 2014	DÍA 13 MES 06 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ASESOR DE SERVICIOS DE SERVIOS DE DESARROLLO HUMANO	GERENCIA BIENSTAR LABORAL	AV CL 26 59 15 BOGOTA

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
SECTOR PÚBLICO	2	3
EMPLEADO SECTOR PRIVADO	1	
OTROS		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	3	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) 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).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 26 de MARZO del 2017

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Gielon Cerale Fandiño

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 1023912013 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia | Departamento Cundinamarca | Municipio Bogotá

Barrio-Dirección Antonio Nariño- TV56BIS 48F 07SUR | Teléfonos 3993159- 3133515401

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Adelia Fandiño Moyano	51914480	Madre
Orlando Cerale Nova	71361833	Padre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [X] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ] ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	22.400.000 -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 22.400.000 -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco BBVA	Ahorros	583319959	Laureles	4551.442

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

Scanned by CamScanner

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá - 26 - 3 / 18

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Educación Nacional

UNINCCA

LA UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 1801 de Junio 10 de 1982 - Decreto Ejecutivo No. 847 de Mayo 4 de 1972

Confiere a

Estefany Cucaita Fandiño

Cédula de ciudadanía No. 1.033.912.018 de Bogotá,D.C.

El Título de

Psicóloga

Cumplidos los requisitos estatutarios y reglamentarios,
que le acreditan para ejercer la profesión.

Bogotá, D.C., once (11) de abril de dos mil catorce (2014)

ENRIQUE CONTI BAUTISTA
RECTOR

HÉCTOR MANUEL RODRÍGUEZ CORTÉS
SECRETARIO GENERAL

REGISTRO
LIBRO: 29 FOLIO: 0098 NÚMERO: 19976

230-160-671-66-2014-1033912018-76



REPÚBLICA DE COLOMBIA

KONRAD LORENZ
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA

PERSONERÍA JURÍDICA 18.537 DE 1981

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ

Teniendo en cuenta que

Estefany Cucaita Fandiño

Documento de Identidad No.: 1.023.912.013 Expedido en: Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos reglamentarios del Programa de Estudios de Postgrado, le confiere el título de:

Especialista en Psicología Clínica Infantil, del Adolescente y la Familia

En la Ciudad de Bogotá, D. C., a los 8 días del mes de Marzo del año 2016

DECANO

RECTOR

REGISTRO ACADÉMICO

Anotado al Folio 81 del Libro No. 03
Día 08 Mes 03 Año 2016

03190

UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 1891 de Junio 19 de 1963
Decreto Ejecutivo 687 de Mayo 6 de 1970
Nit. 860011285-1

AÑO 2014
ACTA DE GRADO PROFESIONAL No. 24516

En Bogotá, D.C., a los **11** días del mes de **Abril** de **2014,** siendo las **11:00 a.m.**, presidido por el señor Rector de la Universidad, se realizó el Acto de Graduación de **PSICÓLOGA**

a: **ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO**

Identificado (a) con C.C. No. **1.023.912.013** de **BOGOTÁ, D.C.**

Matrícula No. **67146** L.M. No.

Programa Profesional de PSICOLOGIA

Facultad de CIENCIAS PEDAGOGICAS, HUMANAS Y SOCIALES

Registro Calificado No. 18355 de diciembre 18 de 2013, SNIES 1053.

Cumplidos los requisitos académicos establecidos por el Estado Colombiano y por la Universidad, el Rector, tomó el juramento de rigor, le otorgó el Título, le entregó Acta de Grado y el Diploma correspondiente.

Rector: JOSE ENRIQUE CONTI BAUTISTA

Directora del Programa: ESPERANZA GAONA PEREZ

Graduado: ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO

Secretario General: HECTOR MANUEL RODRIGUEZ CORTES

Registro: Libro No. **28** Folio No. **6184** Numeral **25076**

Expedida en Bogotá, D.C., abril 11 de 2014.

HECTOR MANUEL RODRIGUEZ CORTES
Secretario General

HMRC/JSM/Ligia G.C.

KONRAD LORENZ
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA

ACTA DE GRADO No. 005

En la ciudad de Bogotá D.C. el día 8 del mes de Marzo de 2016 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por la **Dra. LINA URIBE CORREA**, Rectora en el cual la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, con personería jurídica No. 18537 del Ministerio de Educación Nacional, y previo cumplimiento de los requisitos reglamentarios, confirió el título de:

ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL, DEL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA

a

Estefany Cucaita Fandiño

Identificado(a) con C.C. No. 1.023.912.013 expedida en Bogotá D.C para lo cual le otorgó el Diploma No. **03190.**

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Bogotá D.C, a los 8 días del mes de Marzo de 2016.

Firmada por:

LINA URIBE CORREA
RECTORA

MARITHZA SANDOVAL ESCOBAR
DECANO

GRACE BATEMAN LAVERDE
REGISTRO ACADÉMICO

03482

Bogotá, D.C.

Marzo 8 de 2016

EL LISTADO DE PERITOS EN PSICOLOGÍA JURÍDICA Y FORENSE DEL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

Certifica que:

ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO

Identificada con C.C. No. 1.023.912.013

Asistió al curso corto "*Evaluación Psicológica Forense de Víctimas de Delitos Sexuales*", en el marco del Diplomado en Psicología Jurídica y Forense, realizado en Bogotá D.C., el día 27 de septiembre de 2014, con una intensidad de 8 horas.

En constancia se firma a los veintisiete (27) días del mes de septiembre de 2014.

CLAUDIA MARÍA SANÍN VELÁSQUEZ
Presidente Colpsic

DIANA MAUREEN MOREN
Coordinadora Diplomado

Colegio Colombiano de Psicologos - Colpsic
PBX: 745 1470 • Celulares: 300 797 6929 - 313 421 5019
Calle 92 # 25 - 90, barrio Galerías, Bogotá, D.C., Colombia

EL LISTADO DE PERITOS EN PSICOLOGÍA JURÍDICA Y FORENSE DEL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

Certifica que:

ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO

Identificada con C.C. No. 1.023.912.013

Asistió al curso corto "*Evaluación Psicológica Forense de Competencias Parentales/Alienación parental*", en el marco del Diplomado en Psicología Jurídica y Forense, realizado en Bogotá D.C., el día 8 de noviembre de 2014, con una intensidad de 8 horas.

En constancia se firma a los ocho (8) días del mes de noviembre de 2014.

CLAUDIA MARÍA SANÍN VELÁSQUEZ
Presidente Colpsic

DIANA MAUREEN MOREN
Coordinadora Diplomado

Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic
PBX: 745 1470 • Celulares: 300 797 6929 - 313 421 6019
Calle 52 # 25 - 90, barrio Galerías, Bogotá, D.C., Colombia

EL LISTADO DE PERITOS EN PSICOLOGÍA JURÍDICA Y FORENSE DEL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

Certifica que:

ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO

Identificada con C.C. No. 1.023.912.013

Asistió al curso corto *"Evaluación Psicológica Forense de Violencia Intrafamiliar/Malos Tratos"*, en el marco del Diplomado en Psicología Jurídica y Forense, realizado en Bogotá D.C., el día 1 de noviembre de 2014, con una intensidad de 8 horas.

En constancia se firma al primer (1) día del mes de noviembre de 2014.

CLAUDIA MARÍA SANÍN VELÁSQUEZ
Presidente Colpsic

DIANA MAUREEN MOREN
Coordinadora Diplomado

Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic
PBX: 748 1470 • Celulares: 300 797 6929 - 313 421 6019
Calle 52 # 25 - 90, barrio Galerías, Bogotá, D.C., Colombia

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO 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:

ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL, DEL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1023912013

Tarjeta profesional No: 142593

Dirección de contacto: TV 5 G BIS 48 F 07 SUR

Teléfono: 5993159 - 3133515401

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO 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:

PSICOLOGA

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1023912013

Tarjeta profesional No: 142593

Dirección de contacto: TV 5 G BIS 48 F 07 SUR

Teléfono: 5993159 - 3133515401

SERDAN
...SERVICIOS CON TALENTO

Bogotá, 23 de Junio de 2015

CERTIFICACIÓN:

Certificamos que ESTEFANY CUCAITA FANDINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.023.912.013, laboró en nuestra Organización desde el 16-06-2014 hasta el 13-06-2015, desempeñando el cargo de ASESOR SERVICIOS DESARROLLO HUMANO con un contrato laboral de tipo LABOR CONTRATADA y devengó un ingreso mensual de $ 1.455.300.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado y tiene validez permanente.

Atentamente,



John Escobar Reyes
Gerente Nacional Administración de Nómina y Beneficios

LA SUSCRITA ALCALDESA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
CERTIFICA

Que una vez revisados los archivos existentes en el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe, **ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO identificada con la Cédula de ciudadanía No. 1.023.912.013,** obra como contratista y ejecuta a satisfacción el siguiente contrato de prestación de servicios:

1. CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS CPS-089-2015

OBJETO: *"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LAS PERSONAS MAYORES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN EL MARCO DEL PROYECTO 1186 PROMOCION DE LA EQUIDAD PAPA LA POBLACION LOCAL EN SU COMPONENTE: ENTREGA Y SUMINISTRO DE APOYOS ECONOMICOS TIPO C A PERSONAS MAYORES DE LA LOCALIDAD."*

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Realizar las actividades de desarrollo humano, mediante diferentes estrategias metodológicas y pedagógicas, acordes a las condiciones y situaciones particulares de las personas mayores desde la propia dinámica local.

2. Verificar el cumplimiento de criterios de ingreso y egreso al apoyo económico tipo C de acuerdo a 10 establecido en los Lineamientos Técnicos para la Formulación y Viabilización de Proyectos del Sector de integración Social, financiados con recursos de los Fondos de Desarrollo Local, que se incluyen en la formulación del proyecto No. 1186 y aplicar los criterios de priorización de acuerdo a la metodología establecida.

3. Apoyar en la realización de visitas domiciliarias para ingreso al proyecto y seguimiento a los beneficiarios por superación de condiciones y/o que presenten algún tipo de discapacidad, cuando le sea requerido.

4. Apoyar el seguimiento de las personas reportadas en el informe Único enviado mensualmente por la Secretaria Distrital de integración Social (SDIS).

5. Apoyar a la administración local en la programación, coordinación, asistencia y proyección de las actas de las reuniones, de las mesas de trabajo y comités de seguimiento relacionados con el contrato o convenio que ejecute el proyecto 1186 y demás actividades relacionadas con persona mayor que le sean encomendadas.

6. Asistir a los diferentes procesos de concertación y participación ciudadana relacionados con las actividades que se desarrollan a través del convenio o contrato que ejecute el proyecto 1186.

7. Apoyar la gestión social, la territorialización de la inversión local, georreferenciando la información derivada del convenio o contrato que ejecute el proyecto 1186.

8. Apoyar en el diseño, seguimiento, acompañamiento y evaluación de actividades relacionadas con la persona mayor.

9. Asistir a las reuniones de seguimiento y línea técnica para hacer seguimiento a los casos relacionados con suspensiones, inhumados, traslados y actividades que tienen que ver con el servicio de suministro de bonos y actividades de desarrollo humano.

10. Apoyar a la Administración Local en el desarrollo de las labores de seguimiento a la entrega de los apoyos económicos por parte del ejecutor.

11. Atender a los(as) solicitantes del servicio y diligenciar el formato de ficha SIRBE.

12. Asistir a todas las capacitaciones que convoque la Secretaria Distrital de integración Social/Subdirección Local Rafael Uribe Uribe, relacionadas con las actividades del contrato, cuando así se requiera.

13. Ser enlace en la comunicación entre las entidades responsables que participan en la operación del servicio social.

14. 14. Apoyar en la formulación, implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de propuestas de trabajo y/o investigación y de sistematización que den cuenta de la caracterización de la población que accede a los servicios, cuando así se requiera.

15. Informar a los beneficiarios sobre la programación de los abonos.

16. Apoyar en el seguimiento y ejecución de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas, hallazgos administrativos y/o fiscales, con sus respectivos reportes, así como adelantar oportunamente las actuaciones administrativas que correspondan, cuando así se le requiera.

17. Apoyar el seguimiento de las Metas del PDL que se cumplen a través del proyecto 1186 y suministrar la información necesaria para mantener actualizada la herramienta de seguimiento a las Metas del PDL, cuando así se requiera.

18. Elaborar informes y atender las solicitudes de la comunidad y los diferentes entes de Control y vigilancia, cuando a ello hubiere lugar.

19. Las demás que demande la administración Local a través de su supervisor, que correspondan a la naturaleza del Contrato y que sean necesarias para la consecución del fin del objeto contractual.

Fecha de suscripción:	Junio 24 de 2015
Fecha de iniciación:	Julio 07 de 2015
Plazo del contrato:	Diecisiete (17) meses y veinticinco (25) días
Total tiempo ejecutado a la fecha:	Trece (13) meses y quince 15 días
Valor del contrato:	$ 46.280.000.oo
Fecha de Terminación:	Diciembre 31 de 2016
Estado Actual:	En ejecución

La presente certificación se expide de acuerdo con la información que reposa en el archivo del contrato en constancia se firma hoy a los veintiún (21) día del mes de Septiembre de 2016, según solicitud del peticionario **ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO** con radicado No. 20161820096992

DIANA MABEL MONTOYA REINA
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe

Proyecto: Lady Ruiz CPS-011-2015
Reviso: Lady Ruiz CPS-011-2015

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO**, identificada con CC. Nº 1.023.912.013, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C-TO
PS 4116 2017	02/05/2017	31/03/2018	$ 25.200.000

OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C, el dia 05 de marzo de 2018.

Para mayor información favor comunicarse a la linea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Revisó y Aprobó: Daniela Rodriguez Goyes-Asesora Dirección Contratación
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.023.912.013
CUCAITA FANDIÑO
APELLIDOS
ESTEFANY
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
16-NOV-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
24-NOV-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-1500150-00208249-F-1023912013-20100108
0019794841A 1
33255982

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14463616282

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1023912013	4	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	1023912013	2009 11 24

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
CUCAITA	FANDIÑO	ESTEFANY	

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: TV 5 G BIS 48 F SUR 07

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
fanytacf@hotmail.com		5993159	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2017 05 02	7490	2013 02 07				

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																								

DOCUMENTO CERTIFICADO 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: 2018 03 26

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: CUCAITA FANDIÑO ESTEFANY
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 26-03-2018 10:10:27AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-03-2018
Hora: 1:44:29 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1023912013-4 ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO

Información General

Dirección TV 5G BIS 48 F SUR 07

Teléfonos 5993159
Dirección electrónica fanytacf@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 16/06/2015
Soporte Inscripción 16710569
Fecha Inicio Actividades 16/06/2015
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (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

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002817123

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner


República de Colombia
Colegio Colombiano de Psicólogos
Tarjeta Profesional de Psicólogo
Ley 1090 de 2006
No. 142593
ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO
C.C. 1.023.912.013
Expedida: 2014-05-03

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 7834 *de* 15/07/2014

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA 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) CUCAITA FANDIÑO ESTEFANY Identificado(a) con CC número 1023912013 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de PSICOLOGO(A) otorgado por LA UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA el día 11/04/2014 y registrado en el libro 28 Folio 6184 año 2014.
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 CUCAITA FANDIÑO ESTEFANY identificado(a) con CC número 1023912013 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) 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.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 15/07/2014

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios

Reviso : Esperanza Fraile G.
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 14 -enero-2015
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Estefany Cucaita F
CC. # 1023.912013

Firma

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 *: 1023912013

Primer Nombre *: ESTEFANY

Primer Apellido *: CUCAITA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1023912013	ESTEFANY		CUCAITA	FANDINO	Ver

Información Detallada [CC: 1023912013] ESTEFANY CUCAITA FANDINO

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Titulo*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Psicología	2014/7/15	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).



VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	1434028	12 ABR. 2017	Inmuno.
	2 DOSIS	0341005	16 mayo 2017	Sandra Lb.
	3 DOSIS	1604711	17 noviembre 2017	Sandra Lb.
	4 DOSIS			
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
VARICELA	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

NOMBRE: esteFany cucaita Fandiño.

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud

NIT: 830.015.894-4



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 20 | 4 | 2017

EXAMEN: ☐ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico

NOMBRES: ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO C.C. 1.023.912.013 EDAD: 25 SEXO M F

EMPRESA: SUB RED CENTRO ORIENTE CARGO: VISITADORA /PSICOLOGA Tel.: Cel.: 3133515401

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral	OK	
Espirometria		
Audiometria		
Visiometría		
Optometría		
Electrocardiograma		
Psicología Laboral		
Radiología – Túnel/Carpo		
Radiología – Columna		
Radiología – Tórax		

	NORMAL	ANORMAL
Respiratorio	OK	
Dermatología	OK	
Osteomuscular	OK	
Cardiovascular	OK	
Prueba de Equilibrio		
Vacunas		
Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		
Serología		

	NORMAL	ANORMAL
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo		
Varios		

	NORMAL	ANORMAL
KOH - Uñas		
Frotis Faríngeo		
Coprologico		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) — Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO		SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	SI		Aplazado		
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo			No apto para este cargo		
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel					

Examen PERIODICO satisfactorio SI ☐ NO ☐

Examen de EGRESO satisfactorio SI ☐ NO ☐

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	X	7. Uso de Doble Proteccion Auditiva		13. Evitar Posturas Prolongadas	
2. Pausas Activas	X	8. Control Optometrico Periodico		14. Uso de Medias de Compresión Graduado	
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	X	9. Uso de Lentes permanentes		15. Valoración y Manejo en IPS	
4. Uso de Elementos de Protección Personal	X	10. Uso de Lentes Visión de Cerca		16. Dieta - Ejercicio Físico	
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral		11. Control de Tension Arterial		17. Control Espirómetria	
6. Control Audiometrico		12. Estilos de Vida Saludable			

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fuí informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS
Dr. Camilo Velásquez Velasco
Medico Laboral
R.M. 4487
Res. 6920 de 03/05/2009

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

C.C. No. 1023.912.013

Huella I.D.

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
umedltda@gmail.com - info@umedips.com
www.umedips.com

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

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

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

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

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

FECHA:	2018-05-28	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		
CUCAITA	FANDIÑO	ESTEFANY			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1023912013	BOGOTA / CUNDINAMARCA	2009-11-24
PASAPORTE ☐	OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1991-11-16	BOGOTA/ CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	0	3133515401

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL:	PSICOLGA
								psicologa clinica de la infancia el adolescente y la familia	

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
TV 5G BIS 48F 07 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	8829446-5993159

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
estefany.cucaita@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
ROZO	SANCHEZ	MANUEL	FABIAN

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79903145	BOGOTA/ CUNDINAMARCA	20	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

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 ☐		8692	
		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 ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	# NIT	900-959-051_7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☒ CUAL: SALUD

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
KR 3A ESTE 31CD 21 SUR	2091480	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PSICOLOGA	FECHA VINCULACION	2017-05-02

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	$ 200.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 2.800.000	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*	$ 1.500.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 2.800.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.700.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 0**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	cuota inicial de apartamento, ropa y transporte		

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
LUIS	GALVIS	YULY	ANDREA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KR 10 49G 10 SUR	COLOMBIA	AMIGA	3015824590

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	AHORROS	5833199559	LOURDES	3808182

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Cargo o su profesión: PSICOLOGA

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 admitire 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 presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del 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 - 43 teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o 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) 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 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, compañias 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 Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En 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 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

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:		

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO , identificada con Cédula Ciudadanía 1.023.912.013, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO		
Número de identificación:	1023912013	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	TV 56 BIS 48F 07 SUR	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	5993159	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1023912013	Cucaita Fandiño Estefany	16/04/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 28 días del mes de Mayo de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

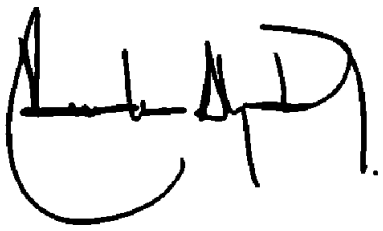
Elaboro:

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,023,912,013**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Mayo de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

1023912013	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Esteban	-	Cuaita	Fandiño

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
16/11/91	Bogotá	TV56B1548F07K	5993159

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Medimas	Porvenir	$ 2800000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Psicologo Escriba su perfil tecnico o profesión	

Correo Electrónico	Celular
esteban.cuaita@gmail.com	3133515401

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110306308

WEB
11:23:31

Bogotá DC, 28 de mayo 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) ESTEFANY CUCAITA FANDIÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023912013:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 28 de mayo de 2018, a las 11:25:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023912013
Código de Verificación	1023912013180528112543

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.

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2255393

Bogotá D.C., 28 de Mayo de 2018 - 11:27 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS DOCE MIL TRECE**

1023912013

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.

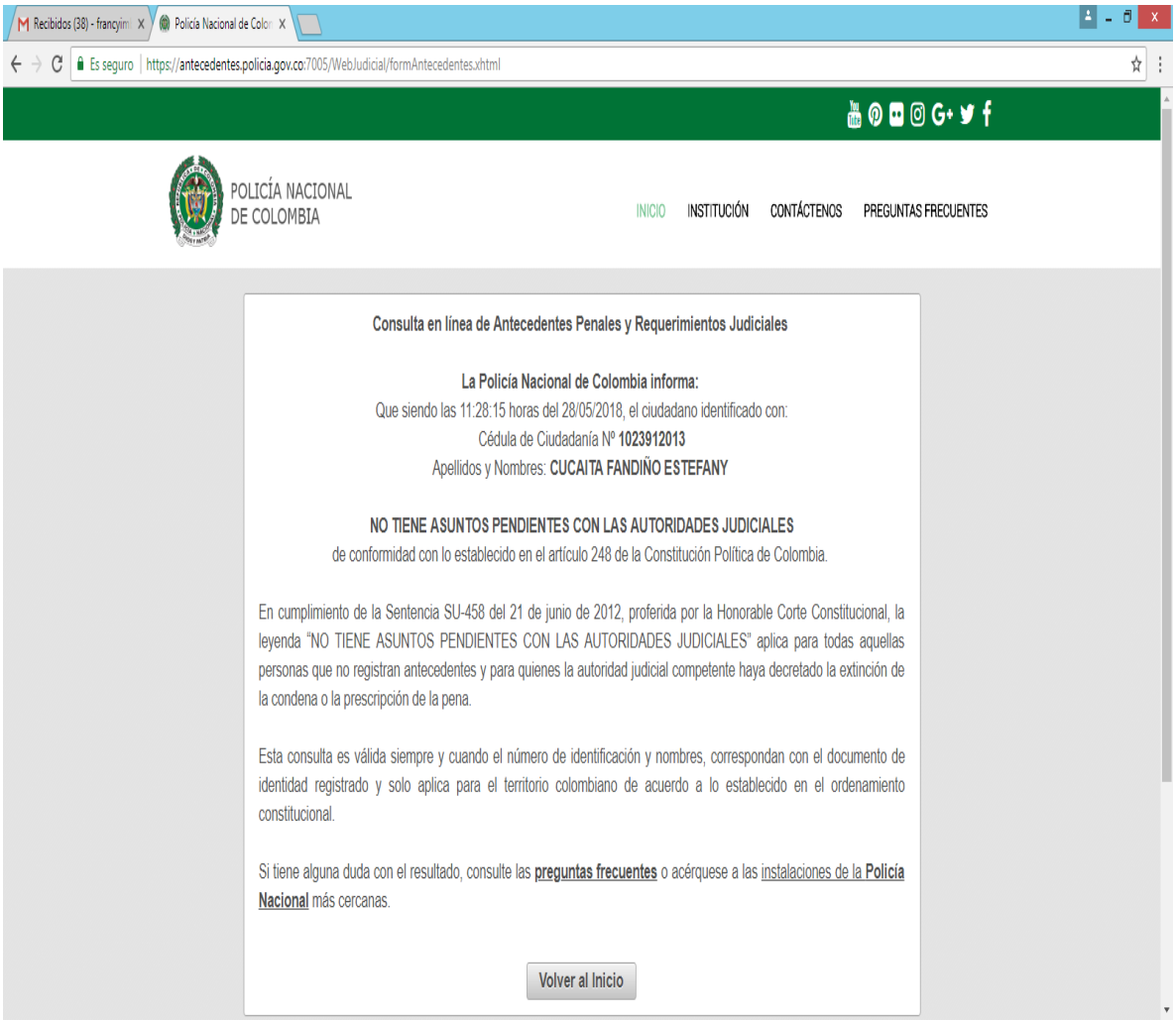
El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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: 5_KHWH5_2611
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


Recibidos (38) - francyim
Policía Nacional de Colo
Es seguro
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:28:15 horas del 28/05/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1023912013
Apellidos y Nombres: CUCAITA FANDIÑO ESTEFANY
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

BBVA Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

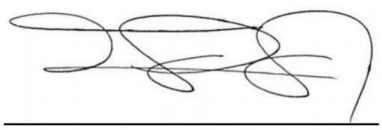
Que nuestro(a) cliente **ESTEFANY CUCAITA FANDINO**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.023.912.013** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 583319959** aperturada el **12 de junio de 2014** , cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **23** días del mes de **marzo** del año **2018**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0583319959**
Cuenta de 16 dígitos: **0583000200319959**
Cuenta de 20 dígitos: **00130583000200319959**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA