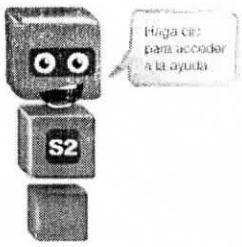
OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Aclaraciones pendientes	Invitaciones directas



Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al **SECOP II.**

Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.

MESA DE SERVICIO

Línea en Bogotá 7456788
Línea Nacional 018000 520808

Soporte técnico

Chat en línea

PQRSD

Mensaje Todos

Sin mensajes ..
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 25-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VELASCO	RODRIGUEZ	EMMA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51979342

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 28 MES MAR AÑO 1968

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: Bogotá D. C.

MUNICIPIO: BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 8 # 22B 32A SUR

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 3133530310

EMAIL xgraxthall@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 BASICA											TITULO Bachiller
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES DIC AÑO 1987

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	5	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	7	2001	51979342

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 25-nov-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Centro Oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionalusuario@subredcentrooriente.com	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 4 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de Enfermeria	*DEPENDENCIA*: Enfermeria	*DIRECCIÓN*: Diagonal 39 sur N 3 20 Este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL LA VICTORIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 16 MES 5 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 17 MES 4 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: ENFERMERIA	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 39 SUR 3 20 ESTE	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	2	6
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 25-nov-2017

25.11.17

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EMMA VELASCO RODRIGUEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 51979342 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
Dirección CARRERA 8 # 22B 32A SUR **Teléfonos** 3133530310 3133530310

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUISA FERNANDA MUNEVAR	1023969459	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 12.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
davienda	AHORROS	008480353815	veinde de julio	$ 5.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** ⊗ **N** ○ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
LUIS FERNANDO MUNEVAR GAMBOA	C.C ○ C.E ○ T.I. ○	19410121

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Fdo Vecino Rodriguez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

25.11.17
CIUDAD Y FECHA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO JOSE ACEVEDO Y GOMEZ

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN
RESOLUCION No. 22948 DEL 27 DE DICIEMBRE 1.985
Y RESOLUCION No. 19903 DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1.987

CONFIERE A

Emma Velasco Rodríguez

IDENTIFICADO(A) CON T. I. No. 680328-05779 DE BOGOTA

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIA

BOGOTA, D. E., 10 DE Diciembre DE 1.9 87.

ANOTADO AL FOLIO _____ DEL LIBRO DE REGISTRO NO. _____

SECRETARIO DE EDUCACION

DADO EN BOGOTA, D. E., A _____ DE _____ DE 1.9 ____

KAPPA - BOGOTA

Acta de Grado

Inscripción S. E. 448

DANE: 31100101150

Nombre del Plantel COLEGIO JOSE ACEV EDO Y GOMEZ

Dirección Carrera 28 # 4-34 sur Tel 2370293

Ciudad Bogotá D.E Departamento Cundinamarca

Jarnada Mañana

En la ciudad de Bogotá D.E a los diez (10) día(s) del mes de Diciembre de 1.987 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 JOSE ACEVEDO Y GOMEZ Institución aprobada hasta Grado Once en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad ACADEMICO según Resolución No. 19903 del 27 de Noviembre de 1.987

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, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y Número del documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRE EMMA VELASCO RODRIGUEZ

C.C. ó T.I. No. 680328-05779 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 11 de fecha Diciembre 10 de 1.987 que consta de 23 alumnos graduados, comienza con el nombre de Rodrigo Ballen Mendez y se cierra con el nombre de Emma Velasco Rodriguez.

Firmada y Sellada por: Marco Antonio Herrera González (Rector) y Ana Beatriz M de Patiño (Secretaria).

La República de Colombia

Y en su nombre el

Centro de Prevención y Educación en Salud

PREDESALUD

Instituto de Educación No Formal
Debidamente autorizado por la Secretaría de Educación del Distrito Capital según Resolución N°8679 del 9 de Diciembre de 1997, Y acuerdo N°20 del 11 de Julio de 1997 del Ministerio de Salud
Otorga el presente

Certificado de Técnico Laboral

a

Emma Velazco Rodríguez

c.c N° 51.979.342 de Bogotá D.E

En la Especialidad de

Auxiliar de Enfermería

Intensidad Horaria Total 2084
En Bogotá, a los 07 días del mes de Julio de 2001.

Director

Secretaria

Coordinador Académico

Centro de Prevención y Educación en Salud

PREDESALUD

Acta de Grado No 008

En la ciudad de Bogotá, D.C. el día 07 del mes de Julio de 2001, se llevó a cabo el acto de Graduación, presidido por el Doctor Joselin Ardila González, director de la Institución, en el cual el Centro de Prevención y Educación en Salud ***"PREDESALUD"****, autorizada para el efecto según resolución No. 8679 del 9 de Diciembre de 1997 de la Secretaría de Educación del D.C. y de conformidad con el acuerdo ejecutivo No.20 del 11 de Julio de 1997 del Ministerio de Salud, previo el juramento reglamentario, confirió el CERTIFICADO DE:*

TECNICO LABORAL

A: VELAZCO RODRIGUEZ EMMA
C.C. 51.979.342 Bogotá D.E.

En la especialidad de: ***AUXILIAR DE ENFERMERIA***

Quien cumplió con los requisitos académicos de 2.048 horas teórico prácticas y con las exigencias establecidas en los reglamentos de la Institución, por lo cual se le otorgó el Certificado No № 0301 *que lo acredita como tal.*

En fé de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Bogotá D.C. a los 07 días del mes de Julio de 2001.

Firmado por :

Centro de Prevención y Educación en Salud PREDESALUD DIRECTOR EDUCACIÓN NO FORMAL

Director

Centro de Prevención y Educación en Salud PREDESALUD Coordinador Académico EDUCACIÓN NO FORMAL

Coordinador Académico

Centro de Prevención y Educación en Salud PREDESALUD SECRETARIA EDUCACIÓN NO FORMAL

Secretaria Académico

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL ***BOGOTA D.C.***

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL E.S.E.

HACE CONSTAR QUE

EMMA VELASCO RODRIGUEZ

ASISTIO AL SIMPOSIO EN

PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

CON UNA INTENSIDAD DE SEIS (6) HORAS TEORICO-PRACTICAS

FERNANDO ANÍBAL PEÑA DÍAZ
GERENTE

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría de Salud

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE Y
EMEDE S.A.S.

eMeDe SERVICIOS S.A.S.

OTORGA EL SIGUIENTE CERTIFICADO A:

EMMA VELASCO

Por su asistencia a la capacitación en Entrenamiento en el modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva y Prevención. Asesoramiento en IVE y Procedimiento de ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA PARA ATENCIÓN DE PACIENTES, realizado el 04 de DICIEMBRE de 2015, con una duración de 12 horas.

JORGE EDUARDO CARO
GINECOOBSTETRA
COORDINADOR CONVENIO
eMeDe SERVICIOS S.A.S

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

EMMA VELASCO RODRIGUEZ

C.C.: **51979342**

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) dias del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

BOGOTÁ MEJOR

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Emma Velasco Rodríguez

51.979.342

Aprobó el Curso:

Primer Respondiente para Personal Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas
Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 13 de Julio de 2015

Gabriel Darío Paredes Zapata
Director de Urgencias y Emergencias en Salud

Luis Enrique Beleño Gutiérrez
Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

DUES CRUE

BOGOTÁ HUMANO

BOGOTÁ HUMANA

HOSPITAL La Victoria Empresa Social del Estado

La Empresa Social del Estado Hospital La Victoria III Nivel, certifica que

Emma Velasco

Asistió a la jornada académica de actualización de conocimientos de la salud, la cual fue desarrollada el día 17 del mes 11 de 2015.

"JORNADA DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA"

Fernando A. Peña Díaz

Gerente ESE Hospital La Victoria III Nivel

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Formato: ización Consulta ítulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

ogotá, D.C

ñores

PREDESALUD

MBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

f. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Emma Velasco Rodriguez, en consideración 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 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...*"

e igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos ersonales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi nsentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la SUBRED NTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE – UNIDAD CENTRO RIENTE, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Tecnico Auxiliar Enfermeria

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

ordialmente,

rma: Emma Velasco Rodriguez

o. de documento: 51 979 342

arjeta profesional No.: 51 979 342.

rección de contacto: KRS 69 22 B 36

léfono: 313 353 031

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.979.342

VELASCO RODRIGUEZ

APELLIDOS

EMMA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-1968**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

30-JUN-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00178861-F-0051979342-20090917 0016170654A 1 1170105087

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14333732410

(415)7707212489984(8020) 000001433373241 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 9 7 9 3 4 2	1	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 1 9 7 9 3 4 2	1 9 8 8 0 6 3 0

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VELASCO	RODRIGUEZ	EMMA	

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 22 B 36 SUR BRR VEINTE DE JULIO

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		6 0 5 0 9 0 3	3 1 3 3 5 3 0 3 1 0

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
8 6 9 2	1 9 9 8 0 1 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 5 0 4 1 6

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:

Emma Velasco Rodriguez

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre LOPEZ TORRES TATIANA MILENA

985. Cargo: Gestor I

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 16-04-2015 11:47:33AM

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 51979342-1 EMMA VELASCO RODRIGUEZ

Información General

Dirección KR 8 22 B 36 SUR

Teléfonos 6050903-3133530310

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/04/2015

Soporte Inscripción 16636642

Fecha Inicio Actividades 01/01/1998

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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002432128

Fuente ICA TE TOC

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



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

16-04-2002

VELASCO RODRIGUEZ

EMMA

CC 51979343

SALUD

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

Resolución No 8962 *de* 31/10/2001

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión 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) VELASCO RODRIGUEZ EMMA identificado(a) con CC número 51979342 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO DE PREVENCION Y EDUCACION PREDESALUD el día 07/07/2001 y registrado en el libro XX Folio XX año XX

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 VELASCO RODRIGUEZ EMMA identificado(a) con C número 51979342 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR D ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud d departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 31/10/2001

ORIGINAL FIRMADO POR
JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
Director de Desarrollo de Servicios

Bogotá, D.C Nov. 16 /200
A la fecha notifiqué personalment
señor (a) Emma Velasco
CC. # 51 979 342 de Bta
Res # 8962 fecha: 31/10/
Firma Emma Velasco. R

vrs

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

51979342

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	14-5-14	Heaprix B	
	2	18-6-14	Heaprix B	
	3	22-10-15	Heaprix B	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Emma

Apellidos: Velasco Rodriguez

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 51979392

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

GRUPO EMPRESARIAL
GÓMEZ ASOCIADOS

Calle 95 Nº 45 A- 18 Barrio La Castellana
Teléfonos: (1) 257 28 15 - 257 28 11
Fax: 6165051 Bogotá, D.C.
servicioalcliente@gomezasociadosltda.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogota Fecha 22/07/2016
Nombre Emma Velasco
Identificación 51979342
Fecha de nacimiento 28/Marzo/1968. Edad 48
Cargo Auxiliar de Enfermería
Género MASCULINO ___ FEMENINO X
Empresa Hospital la Victoria
Empresa usuaria ___

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO ___ EGRESO ___ OTRO ___

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO ___ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ___
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES ___ CON RESTRICCIONES ___
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ___ NO SATISFACTORIO ___

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen Medico ocupacional
VISIOMETRÍA Satisfactorio
AUDIOMETRÍA ___
ESPIROMETRÍA ___
EXAMENES PARACLÍNICOS ___
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Higiene postural, pausas activas laborales ejercicios de estiramiento dulo y Control de peso

Médico
Dr. Camilo Rey Perez
Medico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
M.P. 14858

Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114388
Licencia en S.O. 14858

Paciente
Emma Velasco

Firma del paciente
Nombre Emma Velasco
Cedula 51 979 342 de bta

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EMMA VELASCO RODRIGUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 51.979.342

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION EN SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diez (10) días del mes de noviembre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

31780455 - 10/11/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001072962CC51979342C.

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: 28.11.17	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
Velasco	Rodriguez	Emma.	

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	51919 342	Bogota	1988. 06. 30
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
29 3 1968	Bogota Cundinamarca	Colombia	Colombiana.

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐	3	3	3183530310

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kra 81 72 36 sur	Bogota	Cundinamarca	Colombia.	88.10.33.23

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
emmavero@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
Munevar	Gamboa	Luis	Fernando

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	19.410.121	Bogota	1978 12 05
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD Colombiano

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT	900439051-7

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

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cr 30 # 3-20	3725610	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar Enfermeria		FECHA VINCULACION	15-05-2013

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1'400.000	GASTOS FAMILIARES	2'500.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	—	ARRIENDOS	600.000	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	5'000.000
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	1'400.000	TOTAL EGRESOS	3'100.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	5'000.000

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 Contraparte y debe ser diferente en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Aldana.		Aida	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 10 # 11-39	Bogota	Amiga	3192768701

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta ahorros	008490343885	20 de Sol 10	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los 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 requeriría de una autorización de su titular, la cual provisne de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

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) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las 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, 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 estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Emma Velasco Rodriguez

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 23 de Noviembre de 2,017

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de INDEPENDIENTE - APORTE 2%, con la siguiente información:

No. de Identificación : 51979342
Nombre : EMMA VELASCO RODRIGUEZ
Fecha de Afiliación a CCF : 2017/08/01
Estado : Afiliado
Categoría : A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Ult.Sub. Recibido
ROSALIA RODRIGUEZ CORTES	41426948	PA	A	NO	$0	--	--
LUISA FERNANDA MUNEVAR VELA	1023969459	HI	A	NO	$0	--	--
LUISA FERNANDA MUNEVAR VELA	1023969459	HI	A	NO	$0	--	--

La presente certificación se expide con destino a Emma Velasco Rodríguez y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

GESTIÓN DE VINCULADOS
Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

Caja de Compensación Familiar COMPENSAR Comunicaciones
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
VIGILADO

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VELASCO RODRIGUEZ EMMA** identificado(a) con **CC** número **51.979.342** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de agosto de 1999 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de noviembre de 2017.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Gerencia de productos
Protección S.A.

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

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

20171123104956

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS / ARL

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que EMMA VELASCO RODRIGUEZ, con Cédula de Ciudadanía No. 51.979.342, contratista de la empresa SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 01/12/2016 y fecha fin de contrato 31/12/2018 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de Noviembre de 2017.

Cordialmente

Hugo Ernesto Huiza
Gerencia de Afiliación y Novedades.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102081371

WEB
10:38:21

Bogotá DC, 23 de noviembre del 2017

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) EMMA VELASCO RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51979342:

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 viernes 24 de noviembre de 2017, a las 14:53:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	51.979.342
Código de Verificación	665117532017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1910553

Bogotá D.C., 23 de Noviembre de 2017 - 10:45 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: **CINCUENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS**

51979342

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: 11_VZ6FZ_4510
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

2017/11/24

BOGOTA
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora EMMA VELASCO RODRIGUEZ
con Cédula de Ciudadanía número 51979342
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	008480353815
Fecha Apertura	2015/06/01

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA
0084 - OFICINA VEINTE DE JULIO

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 23/11/2017 a las 10:39:41 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 51979342 y Nombres: VELASCO RODRIGUEZ EMMA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Presidencia de la República
Ministerio de Defensa
Gobierno en Línea
Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.