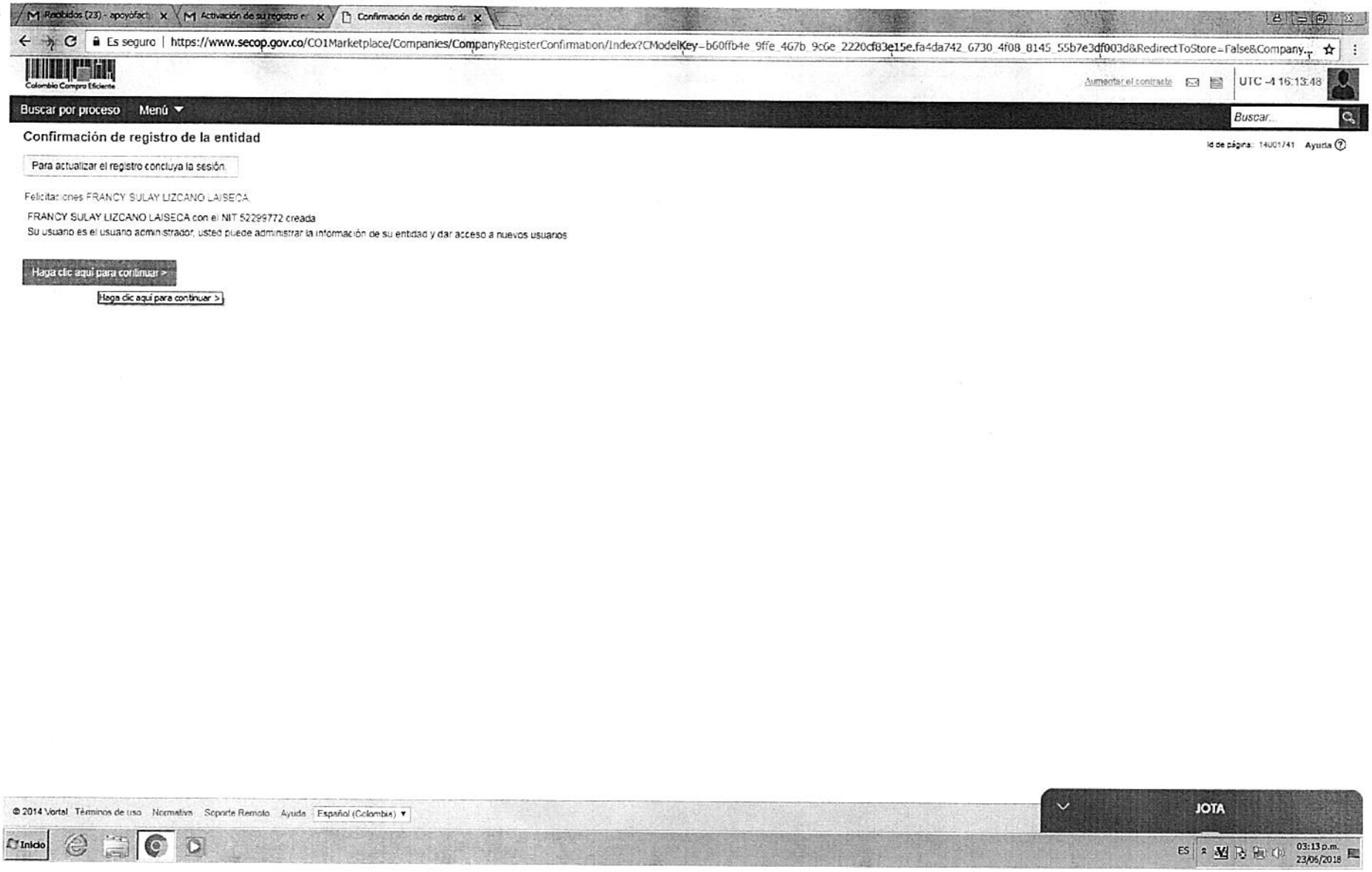

Recibidos (23) - apoyofact
Activación de su registro e
Confirmación de registro de
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=b60ffb4e_9ffe_4G7b_9c6e_2220cf83e15e.fa4da742_G730_4f08_8145_55b7e3df003d&RedirectToStore=False&Company...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -4 16:13:48
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA
FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA con el NIT 52299772 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios
Haga clic aquí para continuar >
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
Inicio
ES
03:13 p.m.
23/06/2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
LIZCANO	LAISECA	FRANCY SULAY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52299772

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES MAY AÑO 1975

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 50 SUR No 98B 67 CASA 206

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3912051

EMAIL cuentasmedicashlv@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°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2008
										X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FUNDACION AMOR POR COLOMBIA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4696978	DIA 10 MES 7 AÑO 2017	DIA 30 MES 4 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MACRE SUSTITUTA	ADMINISTRATIVA	AVENIDA 68 CALLE 26

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTOBAL E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 15 MES 3 AÑO 2004	DIA 30 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FACTURADOR	FACTURACION	CLLE 20 SUR NO 8 22

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	12	9
PRIVADO	0	9
PARTICULAR	0	0
TOTAL	13	7

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá D.C. 13 diciembre 2018

Nancy Serrano.

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.

Bogotá D.C. 13 diciembre 2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52299772 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CALLE 50 SUR No 98B 67 CASA 206 **Teléfonos** 3133551458 3912051

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 12.000.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	570007590171927	BOSA	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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

Nancy S. Tracono

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La Republica de Colombia
y En su Nombre

El Colegio

Fernando V de Aragón y Castilla

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 1981 del 25 de Octubre de 1991 de la Secretaria de Educación de Santa Fe de Bogotá, D.C.

Confiere a:

Francy Sulay Lizcano Laiseca

Identificado (a) con C.C. No 52.299.772 de Bogotá

El Titulo de

Bachiller Académico

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

RECTOR

SECRETARIO

Dado en Santafe De Bogotá, a los 6 dias del mes de Diciembre de 2.008
Anotado al Folio No. 22 D Libro de Registro No. 03

Secretario de Educación

Dado en Santafe De Bogotá, a los 6 dias del mes de Diciembre de 2.008

Acta Individual de Grado

Inscripcion S.E. 941

DANE: 311001042300

COLEGIO FERNANDO V DE ARAGON Y CASTILLA

En la Ciudad de Bogotá D.C.

A los 6 días de Diciembre de 2008 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO FERNANDO V DE ARAGÓN Y CASTILLA Institución aprobada hasta 1994, en nivel de Educación Media Vocacional para las Jornadas Ordinaria y Nocturna Autorizada por El Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Titulo de Bachiller en la Modalidad Académica, Según Resolución No.1981 del 25 de Octubre de 1991 emanada por la Secretaria de Educación de Bogotá.

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 Académico al graduando cuyos Nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Francy Sulay Lizcano Laiseca

Identificado(a) con C.C.. No 52.299.772 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No.003 del 6 de Diciembre de 2008 que consta de 33 alumnos, que comienza en el nombre de ÁLVAREZ VACA EMMA PATRICIA y cierra con el nombre de ZABALA VÁZQUEZ ALEXANDER.

Firmada y sellada por el Rector LIC. MARCO ANTONIO ARENAS ARENAS y el Secretario LIC. JAIRO CORTES MORALES. Dada en Bogotá, D.C., a los 6 dias del mes de Diciembre de 2.008 En constancia se firma por quienes intervinieron en cumplimiento a los ordenado en el Articulo 7º del Decreto 180 de 1961.

COLEGIO FERNANDO V DE ARAGON RECTORIA

RECTORIA

C.C 6.754.024 DE TUNJA

COLEGIO FERNANDO V DE ARAGON SECRETARIA

SECRETARIA

19.369.712 DE BOGOTA

Bogotá D.C

Señores:

Fernando V de Aragon y Castilla.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Yuncy Soley Irreño Jaraseca 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:

Bachiller Academico.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Yuncy Soley Irreño.

No. de documento: 52294772.

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: Cll 50 SUR # 98 B 61 Manza 5 Casa 206.

Teléfono: 3912051 - 3133151458.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

LA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. la señora **FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA**, Identificada con CC. N° 52.299.772 de Bogotá, prestó sus servicios en la USS San Cristóbal, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR
130-2004	15/03/2004	30/04/2004	$ 1.300.267
195-2004	01/05/2004	31/07/2004	$ 2.544.000
ADC. 195	01/08/2004	31/08/2004	$ 848.000
368-2004	01/09/2004	30/09/2004	$ 848.000
507 -2004	01/10/2004	31/12/2004	$ 2.544.000
ADC.507	01/01/2005	07/01/2005	$ 197.867
36 -2005	11/01/2005	30/04/2005	$ 3.116.667
ADC.36	01/05/2005	15/06/2005	$ 1.275.000
430-2005	16/06/2005	15/07/2005	$ 850.000
603-2005	16/07/2005	30/11/2005	$ 3.825.000
ADC.603	01/12/2005	15/01/2006	$ 1.275.000
148-2006	16/01/2006	30/09/2006	$ 7.726.500
ADC.148	01/10/2006	31/12/2006	$ 2.727.000
ADC.148	01/01/2007	07/02/2007	$ 1.121.100
182 -2007	08/02/2007	31/10/2007	$ 8.766.667
ADC.182	01/11/2007	15/01/2008	$ 2.500.000
061-2008	17/01/2008	30/09/2008	$ 8.974.667
ADC.061	01/10/2008	31/10/2008	$ 1.060.000
ADC.061	01/11/2008	30/11/2008	$ 1.060.000
ADC.061	01/12/2008	31/12/2008	$ 1.060.000
1249-2009	05/01/2009	31/01/2009	$ 918.667
097-2009	01/02/2009	30/09/2008	$ 8.480.000
ADC.097	01/10/2009	30/11/2009	$ 2.120.000
ADC.097	01/12/2009	15/01/2010	$ 1.590.000
275-2010	18/01/2010	31/10/2010	$ 10.376.667
ADC. 275	01/11/2010	23/01/2011	$ 3.043.333
227-2011	01/02/2011	30/04/2011	$ 3.405.000

Diagonal 34 No.5-43
Código Postal: 110311
Teléfono: 3444484
Info: Línea 3649666

Estamos en periodo de transición

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

747-2011	02/05/2011	31/10/2011	$ 6.772.167
ADC. 747	01/11/2011	29/01/2012	$ 3.367.167
210-2012	07/02/2012	20/11/2012	$ 11.123.000
1148-2012	27/11/2012	31/01/2013	$ 2.510.933
194-2013	01/02/2013	31/03/2013	$ 2.354.000
836-2013	01/04/2013	31/05/2013	$ 2.354.000
1164-2013	01/06/2013	30/11/2013	$ 7.308.000
ADC. 1164	01/12/2013	15/12/2013	$ 609.000
2517-2013	20/12/2013	31/01/2014	$ 1.664.600
181-2014	01/02/2014	30/06/2014	$ 6.090.000
1773-2014	01/07/2014	31/07/2014	$ 1.273.000
1915-2014	01/08/2014	30/11/2014	$ 5.092.000
4253-2014	01/12/2014	20/01/2015	$ 2.121.667
557-2015	21/01/2015	10/06/2015	$ 5.516.333
2127	01/06/2015	31/08/2015	$ 3.819.000
2630	01/09/2015	30/11/2015	$ 3.819.000
4069	01/12/2015	31/12/2015	$ 1.273.000
504	01/01/2016	31/08/2016	$ 9.084.000
02-PS-0679-2016	01/09/2016	09/01/2017	$ 5.805.000
CON UNA SUSPENSION DE LA OPS 557-2015 A PARTIR DEL 24 DE ABRIL DE 2015 Y HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2015			

OBJETO ULTIMO CONTRATATO USS SAN CRISTOBAL: 504-2016
PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN EN LOS DIFERENTES PUNTOS DE ATENCION DE LA ESE SAN CRISTOBAL, QUE COMPRENDE LA VERIFICACIÓN DE DERECHOS DE LOS USUARIOS EN LOS DIFERENTES APLICATIVOS, ASIGNACIÓN DE CITAS, FACTURACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS USUARIOS Y COBRO DE COPAGO EN LO QUE CORRESPONDA

OBLIGACIÓNES ESPECIFICAS
1.-Prestar sus servicios como auxiliar de facturación y atención al usuario para las actividades contratadas por la E.S.E San Cristóbal con las diferentes EPS y el FFD acogiéndose a los protocolos guías y demás lineamientos establecidos por la normatividad vigente,. Verificación de derechos de los usuarios en los diferentes aplicativos, asignación de citas, facturación de las actividades realizadas a los usuarios y cobro de copago en lo que corresponda. 2.- Realizar entrega de la facturación generada y recaudo que se realizo en el periodo contratado con sus respectivos soportes. 3- Apoyar oportunamente el procedimiento de referencia y contrareferencia. 4- Apoyar talleres y charlas educativas a los usuarios diariamente en información de derechos y deberes. 5- Aplicar los procesos y procedimientos de atención al usuario, facturación y caja teniendo en cuenta los formatos e instructivos relacionados. 6- Realizar demanda inducida a los usuarios hacia las actividades de Promoción y Prevención. 7- Apoyar diariamente los indicadores de demanda insatisfecha y reportarlos mensualmente. 8- Apoyar los planes de contingencia en su puesto de trabajo de atención al usuario y facturación. 9- Atender de forma ágil, oportuna y amablemente al usuario que se acerca a solicitar información, socializar permanentemente la Declaración de derechos y deberes de los usuarios, establecidos Institucionalmente.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Contrato 02-PS-0679-2016
OBJETO:
APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR CONSULTA EXTERNA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa. 2. Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario. 3. Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios. 4. Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente. 5. Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 6. Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 7. Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 8. Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos. 9. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 10. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 11. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C., el día 08 de marzo de 2017

Para mayor información favor dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

HEYDE DEL CARMEN RODRIGUEZ PEREZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica
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 Rodríguez Goyes-Asesora oficina jurídica- Contratación Ops
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico Administrativo

Diagonal 34 No.5-43
Código Postal: 110311
Teléfono: 3444484
Info: Línea 3649666

Estamos en periodo de transición

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

RESOLUCION No. 003 - 2018
(Mayo 18 de 2018)

POR LA CUAL SE PIERDE LA CALIDAD DE FAMILIA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR POR RETIRO VOLUNTARIO

LA COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL BOSA SANDRA PATRICIA JIMENEZ RUBIANO, Identificada con Cédula de Ciudadanía 52.179.544 de Bogotá DC, adscrita a la Regional Bogotá, "en uso de las facultades legales y administrativas, especialmente las conferidas en los artículos 33 del Decreto No. 1137 de junio 29/99; 19 de la Resolución 2859 del 14 de mayo de 2013, artículos 59, 96 y subsiguientes de la Ley 1098/06, el Lineamiento técnico de modalidades para la atención de niños, niñas y adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados y demás normas concordantes'"

La suscrita Coordinadora del Centro Zonal Bosa del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Regional Bogotá, en uso de las facultades legales que le confiere en sus artículos 55 y 57 del Decreto 334 de 1980 y en especial atendiendo a lo dispuesto en el capítulo V, Título Tercero, artículos 68 y 69 de la Ley 1437 de 2011.

CONSIDERANDO

Que con fundamento en la solicitud allegada por la Madre sustituta, formulada ante el Centro Zonal Bosa, con asunto retiro voluntario el equipo interdisciplinario de la Defensoría de Familia, evalúo y analizó la situación, en el Hogar Sustituto siendo responsable del mismo el(la) señor(a) FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA con cedula de ciudadanía 52299772 de Bogotá, emitiendo el siguiente Concepto: Según foliado en el interior de la carpeta de la Madre Sustituta no se registra ningún tipo de llamado de atención, o memorando por parte de alguna de las Defensorías de Restablecimiento de Derechos, Supervisora de los Hogares Sustitutos, o por parte de la Coordinadora del Centro Zonal Bosa, que genere algún antecedente negativo sobre esta unidad.

Por la anterior situación y con base en el concepto y documentos que soportan el mismo, de acuerdo a lo establecido en los Lineamientos Técnicos para la Modalidad, y lo estipulado en el Código Contencioso Administrativo y de lo Contencioso Administrativo,

a) Que en atención a la solicitud formulada por la madre sustituta con motivo *retiro voluntario "Muy respetuosamente me dirijo a ustedes con el fin de informarles mi retiro voluntario por cuestiones de salud, de la labor social que estoy realizando, modalidad HOGAR SUSTITUTO. Hasta el 30 de Abril 2018."*

"Agradezco la colaboración a nivel general de parte de ustedes y en especial al equipo sicosocial que siempre estuvo presente y en los momentos oportunos para poder realizar dicha labor lo mejor posible, la cual fue muy enriquecedora y me dejo grandes aprendizajes". Con fecha 20 de Abril de 2018.

b) Que la vinculación de la familia como Hogar Sustituto, es contribución voluntaria y solidaria con la niñez, la adolescencia, la comunidad y con el desarrollo de esta modalidad de atención, por consiguiente, dicha constitución no implica relación laboral con el ICBF, las entidades públicas, o las entidades contratistas que participen en el desarrollo del servicio.

Por lo anterior expuesto,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Decidir la pérdida inmediata y definitiva de la calidad de Hogar Sustituto del (la) señor (a) FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA Identificada con cedula de ciudadanía 52299772 de Bogotá quien dejará de prestar el servicio público y solidario de Bienestar Familiar para la atención a los niños, niñas y adolescentes bajo medida administrativa de Restablecimiento de Derechos.

ARTICULO SEGUNDO: Informar esta decisión al Grupo de Asistencia Técnica de la Regional, en aras de consolidar y registrar la pérdida de la Calidad del Hogar en el territorio nacional, según sea el caso.

ARTÍCULO TERCERO: Ordenar a él (la) señor (a) FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA facilitar el traslado y reubicación de los niños, niñas y adolescentes del servicio a otro y proceder a hacer entrega de los elementos de dotación básica, que le fueron asignados, por parte del Estado, durante el funcionamiento de la Modalidad en su Hogar.

Esta resolución rige a partir de su ejecutoria, 18 de Mayo del 2018.

Firmas:

Coordinador Centro Zonal ICBF

_____ C.c. 52179544.

Nombre y Firma

Responsable del Hogar

Francy S. Lizcano. C.C. 52299772.

Nombre

DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN PERSONAL:

En Bogotá, a los Dieciocho (18) días del mes de Mayo del año dos mil dieciocho (2018) se NOTIFICA PERSONALMENTE a la señora FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA, identificada como aparece al pie de su firma, el contenido de la resolución 0003 del XX de Mayo de 2018 por medio de la cual se pierde de forma inmediata y definitiva la calidad de familia para la prestación del servicio en la modalidad hogar sustituto en el Instituto Colombiano de Bienestar familiar por retiro voluntario.

La parte notificada

Francy S. Lizcano.
Responsable del Hogar
C.C. No. 52299772.

SANDRA PATRICIA JIMENEZ RUBIANO
Coordinadora del ICBF
Centro Zonal Bosa





Francy Sulay Lizcano
Francy Sulay Lizcano
CC 52.299.772 Bgtá

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 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14471185263

(415)7707212489984(8020) 000001447118526 3

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

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
LIZCANO	LAISECA	FRANCY	SULAY

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
CL 50 SUR 98 B 67 CA 206

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
francylizano75@gmail.com		3 9 1 2 0 5 1	3 1 3 3 5 5 1 4 5 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 0 5 0 2 0 4						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código:	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: 2 0 1 8 0 6 1 4

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

Francy Sulay Lizcano.

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

984. Nombre HUERTAS RONDON ALBEIRO DE JESUS
985. Cargo: Gestor III

Fecha generación documento PDF: 14-06-2018 02:08:44PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 14-06-2018
Hora: 2:50:33 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52299772-0 FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA

Información General

Dirección CL 50 SUR 98 B 67 CASA 206

Teléfonos 3912051-3133551458

Dirección electrónica francylizcano75@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/08/2016

Soporte Inscripción 22442197

Fecha Inicio Actividades 04/02/2005

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002963348

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Yinet Elvira Herrera Gonzales
Reg. 52484060
Medico Cirujano - Especialista en Salud Ocupacional
Contacto: 3176823999

EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL

INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ]

Fecha de realización D: 23 M: 11 A: 2016 CIUDAD: BOGOTA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1° Apellido 2° Apellido Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Genero	Identificación:
FRANCY SUGG. UZCANO CAISCA.	19 DD 05 MM 1975 AAAA	41	F [X] [ ]	CC X CE N° 52904752
Profesión: FACTURADORA	Cargo al que aspira: FACTURADORA CDA			

1. CONCEPTO DE APTITUD (EXAMEN DE INGRESO)

CONCEPTO	SI	NO	CONCEPTO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA			NO APTO		
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFERE CON SU OFICIO	X		APLAZADO		
APTO CON RESTRICCIONES			(ESPECIFIQUE)		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS					
APTO PARA TRABAJAR EN TEMPERATURAS EXTREMAS					
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS					

3. CONCEPTO (EXAMEN PERIODICO)

CONCEPTO	SI	NO	CONCEPTO	SI	NO
SATISFACTORIO			NO SATISFACTORIO		

4. CONCEPTO (EXAMEN DE EGRESO)

CONCEPTO	SI	NO	CONCEPTO	SI	NO
SATISFACTORIO			NO SATISFACTORIO		

5. (HAY SOSPECHA DE :)

CONCEPTO	SI	NO	ESPECIFIQUE
ACCIDENTE DE TRABAJO		X	
ENFERMEDAD PROFESIONAL		X	
ENFERMEDAD COMUN AGRAVADA POR EL TRABAJO		X	

6. RECOMENDACIONES

USO PRESCRIPCION DE CORRECCION OPTICA MEDIDAS Y TECNICAS ANTI ESTRES CONTROLES MEDICOS Y OPTOMETRIA PERIODICOS MANTENER HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS. ACTIVIDAD FISICA

YO, _____ identificado con CC . N ° _____ de manera libre y voluntaria autorizo a realizar el examen médico y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios.

Yinet E. Herrera Gonzales
Médico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional

MEDICO ESPECIALISTA FIRMA Y L.S.O. 52484060	ASPIRANTE O TRABAJADOR FIRMA

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8299	
			ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT	900.959.051

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 5 # 33 A 45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$1,410,000	GASTOS FAMILIARES	$ 500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 230.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$1,410,000	TOTAL EGRESOS	$ 730.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LIZCANO	LAISECA	EDNA	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KR 78 I 65 G33 SUR	BOGOTA	HERMANA	3227036702

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

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.):

AUXILIAR DE FACTURACION

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante **Nota:** Si 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 Superintendencia 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 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:

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

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.

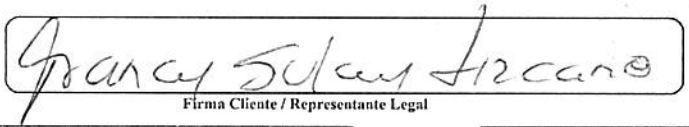
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestaeón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y 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 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)*.
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



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:			

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. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

6. Firma y cédula:	

Salud Total EPS S.A.

Bogotá, Diciembre 13 de 2018

Señora:
LIZCANO LAISECA FRANCY SULAY
CC. 52299772 CL 50 SUR 98B 67 CA 206 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 1 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
BARRAGAN LIZCANO NICOL	1000594604	T	Feb-1-2018	17	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LIZCANO LAISECA FRANCY SULAY	52299772	C	Feb-1-2018	17	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
RODRIGUEZ QUECANO EDGAR ENRIQUE	79289051	C	Jun-20-2012	53	100	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Ago-1-2017	Desafiliado por desvinculación laboral	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA	52299772	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA	52299772	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

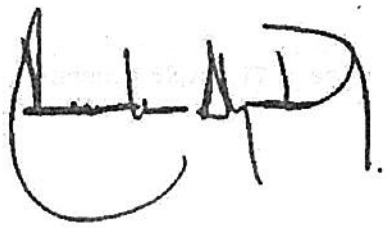
porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,299,772**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2018.



Gerente de Clientes

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909403, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52299772	FRANCY S LIZCANO L	CENTRO ORIENTE-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/08/2018		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 14 de Diciembre del año 2018.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119173799

WEB
13:11:24

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidade (SIRI), el(la) señor(a) FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52299772:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 13:14:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52299772
Código de Verificación	52299772181213131459

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2609651

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 13:13 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) . **LIZCANO LAISECA FRANCY SULAY**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS** de BOGOTA

52299772

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:16:16 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52299772**
Apellidos y Nombres: **LIZCANO LAISECA FRANCY SULAY**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **13/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora FRANCY SULAY LIZCANO LAISECA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52299772**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570007590171927**
Fecha de apertura	**02/10/1997**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA