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

Centro Jackson Hegelso

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D. C.,
según Resolución No. 2091 del 1 de julio de 1998.
Resolución No. 07-2723-1 de Octubre de 2010
Resolución No. 04391 del 20 de Septiembre de 2011
y Resolución No. 1100041 del 30 de Enero de 2012

Confiere a:

INGRID MARISELA PINEDA SORIANO

C. C. 52232190 de Bogotá D. C.

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

Oscar Aguilar Páez
Rector(a)

John César Triviño
Secretario(a)

ANOTADO FOLIO No. 119 DEL LIBRO DE REGISTRO No. 238

La República de Colombia

Ministerio de Salud y en su nombre

El Instituto de Educación no Formal

Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Aprobada por la Secretaría de Educación Distrital Resolución No. 6111 Diciembre 30 de 1993 y No. 29 de Enero de

Reconocimiento No. 1030 de 11 de Abril de 1994 de la Secretaría de Educación del Distrito

Teniendo en cuenta que

Ingrid Marcela Pineda Bastidas

identificado con la C. C. No. 52.212.190 de Bogotá D.C.

ha terminado satisfactoriamente los estudios en la especialidad de

Técnico en Auxiliar de Enfermería

Le confiere el presente

Certificado de Aptitud Ocupacional

Rector (a)

Secretario (a)

Dado en Bogotá D.C. a 17 de Diciembre de 1999

No. 992234

Acta Individual de Grado

Centro Johann Kepler

Carrera 16 No. 61-41 · Tels. 547 2508 · 2484945 · Bogotá

Resolución No. 2091 del 1 de Julio de 1999
Resolución No. 07-272-4 de Octubre de 2010
Resolución No. 04391 del 20 de Septiembre de 2011
y Resolución No. 110041 del 31 de Enero de 2012

En la ciudad de Bogotá D.C. a los Siete (7) días del mes de Diciembre de 2013, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado Once, los suscritos Rector y Secretario del CENTRO JOHANN KEPLER, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de educación Media Académica y autorizada para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución No. 2091 del 1 de julio de 1999.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Básica y Media Académica se procedió a otorgar el titulo de:

Bachiller Académico

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

INGRID MARISELA PINEDA SORIANO
C. C. 52232190 de Bogotá D. C.

Es fiel copia tomada del acta original General No. 228 del Siete (7) de Diciembre de 2013 que consta de 189 estudiantes; comienza con el nombre de LEIDY MILENA ANGEL PEREIRA y termina con el nombre de LEIDY CAROLINA VILLEGAS.

Dado en Bogotá D. C. a los Siete (7) días del mes de Diciembre de 2013.

Oscar Aguilar Páez
Rector(a)

John César Triviño
Secretario(a)

No requiere registro, "según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República"

"SAN PEDRO CLAVER"

APROBACION OFICIAL
ACUERDO Nº 004 DEL 30 DE NOV. DE 1993
ACUERDO Nº 028 DEL 03 DE SEP. DE 1998
RESOLUCION Nº 1535 DEL 14 DE ABRIL DE 1994

FOLIO : _____

Inscripción S.E.D. : 1535 de 1994

Inscipción M.S.N. : 04 DE 1993
Inscipción M.S.N. : 28 DE 1998

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Santa Fe de Bogotá a los diecisiete 17 días del mes de Diciembre del año 1999 se reunieron, con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos de AUXILIAR DE ENFERMERÍA, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER", Institución aprobada por el MINISTERIO DE SALUD mediante Acuerdo Ejecutivo 004 de noviembre 30 de 1993, y Acuerdo Ejecutivo 028 del 3 de septiembre de 1998 y por la Secretaria de Educación del Distrito, según Resolución Nº 1535 de Abril 14 de 1994 y autorizada para otorgar CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL.
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA, se procedió a otorgar EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL, al egresado cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación :

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. O T.I.	LUGAR DE EXPEDICION
INGRID MARICELA PINEDA SORIANO	52.232.190	Santa Fe de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº 13 de fecha Diciembre 17 de 1999 que comienza con el nombre de GLADYS PATRICIA ALBERTO SUAREZ y se cierra con el nombre de GINA PAOLA ZAPATA

Firmado y sellado por OVIDIO LOPEZ ROBAYO (Rector) y LUZ ANGELA MERCHAN BENAVIDES (Secretaria).

Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C., a los Diecisiete (17) días del mes de Diciembre de 1999.-

NOTARIO

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"

El Rector

C.C.Nº 17'324.744 de Vlcio.-

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"

La Secretaria

C.C. Nº 35'464.906 de Usaquen.-

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CENTRO DE EXTENSIÓN E INVESTIGACIÓN

Certifica que:

Ingrid Marisela Pineda Soriano

C.C. 52232190

Participó en el TALLER DE ELECTROCARDIOGRAFÍA

Realizado el 23 de abril de 2014

Intensidad: 3 horas

Dado en Bogotá, 23 de abril 2014

FANNY RINCÓN OSORIO
COORDINADORA DE LA ACTIVIDAD

MAGDA LUCÍA FLÓREZ FLÓREZ
SECRETARIA DE FACULTAD

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MARISELA PINEDA

C.C.: 52232190

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) días 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.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Bogotá, D.C

Señores

Escuela de Salud San Pedro Claver

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Ingrid Marcela Pineda Soriano, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Técnico Laboral Auxiliar de Enfermería

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Ingrid Marcela Pineda Soriano

No. de documento: 52232190

Tarjeta profesional No.: 52.232.190.

Dirección de contacto: Calle 52 A N° 5i 27 Suv -

Teléfono: 3104647646.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.232.190**

APELLIDOS

PINEDA SORIANO

NOMBRES

INGRID MARICELA

Maricela Pineda Soriano

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1977**

BOGOTÁ D.C

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

17-OCT-1995 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-15001 50-00848737-F-00522321 90-20160914 0051101800A 1 1304072468

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14386564782

(415)7707212489984(8020) 000001438656478 2

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 2 3 2 1 9 0	1 9 9 5 1 0 1 7

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
PINEDA	SORIANO	INGRID	MARICELA

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 52 A 31 27 SUR

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
maruchi20477@gmail.com		2 7 0 8 8 3 5	3 1 4 4 6 4 7 6 4 6

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 9 1 2 2 7					5 1 3 2	

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 6 0 8 2 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 8 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Ingrid Marisela Pineda Soriano

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ACOSTA MARTTA CAMILO ORLANDO

985. Cargo: Analista IV

Fecha generación documento PDF: 24-08-2016 02:35:01PM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24/08/2016
Hora: 3:49:18 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 52232190 INGRID MARICELA PINEDA SORIANO

Información General

Dirección CL 52 A 31 27 SUR

Teléfonos 4923070

Dirección electrónica maruchi20477@gmail.com

Fax 3144647646

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/08/2016

Soporte Inscripción 15120898

Fecha Inicio Actividades 21/01/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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: -

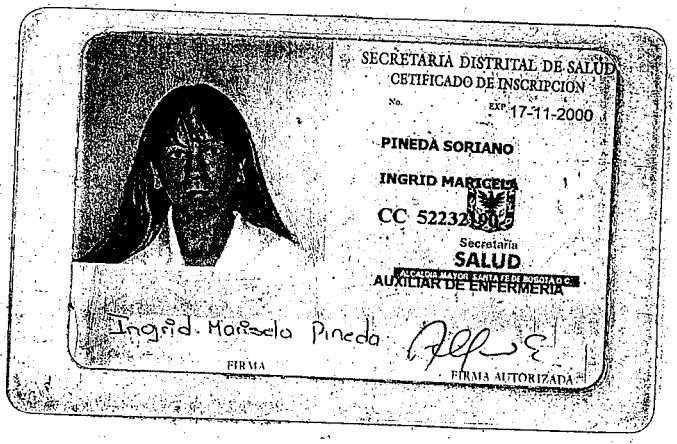
Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001093478

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR

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



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CETIFICADO DE INSCRIPCION
No.
EXP 17-11-2000
PINEDA SORIANO
INGRID MARICELA
CC 52232[illegible]
Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTA D.C.
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Ingrid. Maricela Pineda
FIRMA
FIRMA AUTORIZADA

Secretaría
SALUD

FEB 24 2000

Resolución No 1260 de
Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se refrenda un CERTIFICADO para el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) PINEDA SORIANO INGRID MARICELA identificado(a) con CC número 52232190 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el día 17/12/1999 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: Refrendar el CERTIFICADO que autoriza a PINEDA SORIANO INGRID MARICELA identificado(a) con CC número 52232190 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE 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 del 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 la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los FEB 24 2000

MARIA PAZ AZULA GRANADA
Directora de Desarrollo de Servicios de Salud

...UCTOR S.

eTHUS

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 *

52232190

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).

4302881

Nombre	PINEDA INGRID		
Identificacion	CC 52232190	Tel	
Edad	130 Años 0 meses 0 dias	Sexo	F
Medico	MEDICOS VARIOS		
No Ordenamiento	13		

Fecha de redaccion	30-Apr-2014 12:11 pm
Fecha de impresion	30-Apr-2014 5:14 pm
Empresa	CENTRO MEDICO QUIRURGICO AMERICAS OCCIDENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	30-Apr-2014 2:50:00 p m

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE **Metodo: Quimioluminiscencia**	164.00	mUI/ml	

V. de Referencia:
No Reactiva: Menor de 10 mUI/ml
Reactiva: Mayor de 10 mUI/ml

CONCEPTO MEDICO SALUD OCUPACIONAL

LUGAR: Bogota	FECHA: 17-4-15	HORA:	
EMPRESA: Hospital Santa Clora		CARGO: auxiliar enfermeria.	

IDENTIFICACION

PRIMER APELLIDO: Pineda	SEGUNDO APELLIDO: Soriano	NOMBRES: Ingrid Marisela	
C.C/Nº: 52232190	LUGAR Bogota	EDAD 39	SEXO F
DIRECCION: CL 152A Nº 31-27 Sur	TELEFONO:	CELULAR: 3107815420	

TIPO DE EXAMEN Marque con una (x)

INGRESO	✓	PERIODICO		EGRESO		CUALES:					
REUBICACION		REINTEGRO		OTROS							

EXAMENES REALIZADOS, Marcar con una (X)

EMO INGRESO	✓	VISIOMETRIA		F. RENAL		F. GARGANTA					
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		C. HEMATICO		OTROS:					
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		COPROLOGICO							
RX TORAX		C.HEMATICO		KOH UÑAS							

RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL	✓	PVE EN LOS QUE REQUIEREN INGRESAR	OTRAS RECOMENDACIONES
PAUSAS ACTIVAS	✓	1	1
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	✓	2	2

CONCEPTO DE APTITUD. Marcar con una (X)

APTO PARA LABORAR SIN PATOLOGIAS	X	NO
APTO PARA LABORAR CON PATOLOGIAS QUE NO AFECTAN LA LABOR	SI	NO
PRESENTA PATOLOGIAS INCOMPATIBLES CON SUS FUNCIONES	SI	NO
PACIENTE APLAZADO	SI	NO
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	NO
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI	NO
APTO PARA TRABAJO ESPECIALIZADO	SI	NO

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Ingrid Marisela Pineda
Firma y Cedula del Trabajador

HUELLA

EDGAR A. PINILLA
Medico y Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Gerencia en Salud
RNAO 1511787

Firma y sello del Profesional

CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD

Educación Informal de acuerdo al decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE

INGRID MARICELA PINEDA SORIANO

C.C. 52.232.190

APROBÒ EL CURSO DE

SOPORTE VITAL BASICO

El curso sigue los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASOCIATION, cumpliendo con la Resolución 2003 de Mayo de 2014.
Intensidad de 20 horas.

Dado a los 04 del Mes de Noviembre de 2017
VALIDEZ 2 DOS AÑOS

Instructor (a)

http://capacitacionesampj.wix.com/ampj
Contacto: 3115390050 – 3194200427
capacitacionesampjsalud@gmail.com

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:		CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Pineda	Soiano	Ingid	Marisela		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52232.190		
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
06.05.1977	Bogotá	Colombia	colombiana

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☒		4	4	3144647646

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 62A N° 31-275	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	4923070

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐
marushi.20127@gmail.com				

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

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		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐		SI ☐	NO ☒	8692	Publica
	NO ☒		ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☒	Subred centro Oriente unidad Santa clara.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA										NIT
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	ERVICIOS	S ☐ JD ☐						900959051-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	NCIERA	T ☐ SPORTE	TECI ☐ OGIA	ALIMEN ☐ S	MEDICAME ☐ OS			
OTRA ☐	CUAL: X									

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cir 14 N° 1-45 Sur	3282828	Bogotá / Cundinamarca	Cundinamarca	colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermería	FECHA VINCULACION		08-2000

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1.300.000	GASTOS FAMILIARES	600.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	—	ARRIENDOS	400.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	800.000
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1.300.000	TOTAL EGRESOS	1200.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	800.000

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 identificable por Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cruz	Ubaque	Victor	Manuel
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
	Bogotá. Cundinamarca	Amigo.	3192815217.

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Bogotá	Cuenta de Ahorro		Av 1.	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORT ☐ N EXPORTACI ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

de mi trabajo como Aux. de Enfermería

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi 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. Informare 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

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: 2017-03-22

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacion 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 la 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 acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y todos 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) Envío de información de Sujetos de Información a la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) y a las normas que lo modifiquen o a los 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 ella la 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 Prestadodar 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fezecolda, ya cualquier 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 Nacional de 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 du 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 surlaff@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".

IXI 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

Ingrid Marisela Pineda Soriano

Firma Cliente / Representante Legal



Fecha

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Obsérvaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

Certificación de Afiliación Cotizante

El señor(a) INGRID MARICELA PINEDA SORIANO identificado(a) con Cedula Ciudadania número 52232190 presenta los siguientes datos referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

Información del cotizante:

Afiliado cotizante:	INGRID MARICELA PINEDA SORIANO		
Número de identificación:	52232190	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual cotizante:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo cotizante:	Independiente		
Dirección actual de residencia:	CALLE 52 N 31-27 SUR	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	4923070	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón social aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
52232190	PINEDA SORIANO INGRID MARCELA	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
1001059188	TI	NELSON DAVID GARCIA PINEDA	01/08/2017	VIGENTES		HIJO
1029143144	RC	KAREN DANIELA GARCIA PINEDA	01/08/2017	VIGENTES		HIJO

se firma y expide en Bogotá a los 29 del mes de Noviembr e de 2017 , a solicitud del interesado

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

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

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) INGRID MARICELA PINEDA SORIANO identificado(a) con C.C No. 52.232.190, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 24 de noviembre del 2017.

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

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

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

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 1505666909401, a partir del 15 de Noviembre 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	52232190	INGRID MARICELA PINEDA SORIANO	SANTA CLARA-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/09/2016		INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 15 de Noviembre del año 2016.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52.232.190.	Seguros Bolivar.
Numero de Documento	ARL

Ingrid	Marcela	Pineda	Serrano
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

06-05-1977	Bogotá	calle 52 A Nº 31-27 Sur.	4903070
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	teléfono fijo

Medimas	colfondos.	1.300.000.
EPS - Salud	AFP Pensiones	Honorarios

Auxiliar Enfermero.	10-01-2018.
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

marchi20177@gmail.com.	3144647646.
Correo Electrónico	Celular

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52.431.204 Btá
Enfermera P.U.J.

Ingrid Marcela Pineda Serrano.
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 52.431.204

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102091263

WEB
12:51:04

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) INGRID MARICELA PINEDA SORIANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52232190:

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 jueves 23 de noviembre de 2017, a las 12:55:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.232.190
Código de Verificación	647845012017

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 PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1911149

Bogotá D.C., 23 de Noviembre de 2017 - 12:58 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) **INGRID MARICELA PINEDA SORIANO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CIENTO NOVENTA** de BOGOTÀ

52232190

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.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_DSYD2_5812
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 23/11/2017 a las 12:49:39 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52232190 y Nombres: PINEDA SORIANO INGRID MARICELA

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.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 Nº 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que PINEDA SORIANO,INGRID MARICELA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 52.232.190 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102525326, abierta/o desde el 14/04/2003.

Se expide en Bogota el día 29 del mes de Noviembre del año 2017

Firma Autorizada

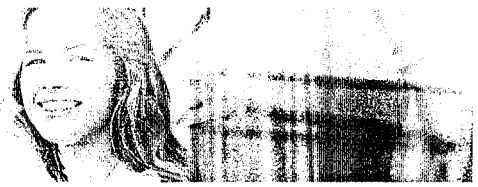
ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Banco de Bogotá

Extracto Cuenta Ahorros

Nro. 2017093009AH0089483378

Comprar lo que quieres sin importar el valor,
otro motivo para querer tu Tarjeta Débito.



3184456 1-3

PINEDA SORIANO INGRID MARICELA
CL 52 A 31 - 27 SUR
EL CARMEN
BOGOTA ,BOGOTA D.C.
Entrega: UR Oficina: 0102 Avenida Primera
3184456

FECHA EXTRACTO **Julio - Septiembre 2017**
Desde: Julio 01 Hasta: Septiembre 30
Cuenta Número: 102525326
Tipo de Cuenta: Cuentas Privadas
Cod. Origen: 0102
BOGOTA

Resumen de la Información

Saldo Inicial:	**5,352.92**
Total 000003 Abonos:	4,494,116.00
Total 000018 Cargos:	-4,492,223.46
Total IVA:	0.00
Total 4x1000 GMF:	0.00
Total Retencion:	0.00
Total Intereses:	68.00
Saldo Final:	**7,313.46**

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor	Saldo
07/07	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	1,432,280.00	1,437,632.92
10/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B6706 Popular NTON NORTE realizado el 09/07/2017 Tarj # 491511******3638		Canal Electro	008255	-600,000.00	837,632.92
11/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 11/07/2017 Tarj # 491511******3638		Canal Electro	008084	-600,000.00	237,632.92
18/07	0090	Pago Automatico tarjeta de credito Visa 4575370001761075	Bogota	Gcia Ope Tjta de	000000	-54,713.00	182,919.92
31/07	0014	Compra en establecimiento MERCADOS LA CONCEPCefectuada el 31/07/2017 Tarj # 491511******3638	Bogota	Av Primera	218487	-26,700.00	156,219.92
31/07	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		26.00	156,245.92
01/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2214 de Bogota HSANTACL realizado el 01/08/2017 Tarj # 491511******3638		Canal Electro	001166	-150,000.00	6,245.92
09/08	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	1,728,194.00	1,734,439.92
11/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 11/08/2017 Tarj # 491511******3638		Canal Electro	000953	-50,000.00	1,684,439.92
14/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 14/08/2017 Tarj # 491511******3638		Canal Electro	002434	-20,000.00	1,664,439.92
14/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 14/08/2017 Tarj # 491511******3638		Canal Electro	002432	-400,000.00	1,264,439.92
14/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B0618 de Bogota NECIA CENT realizado el 11/08/2017 Tarj # 491511******3638		Canal Electro	007257	-600,000.00	664,439.92
14/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 14/08/2017 Tarj # 491511******3638		Canal Electro	002430	-600,000.00	64,439.92
18/08	0090	Pago Automatico tarjeta de credito Visa 4575370001761075	Bogota	Gcia Ope Tjta de	000000	-55,066.46	9,373.46
28/08	0212	Comision por transaccion errada por causa del cliente en cajero Banco Bogota		Canal Electro	003572	-1,500.00	7,873.46
28/08	0212	Comision por transaccion errada por causa del cliente en cajero Banco Bogota		Canal Electro	003570	-1,500.00	6,373.46
31/08	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		25.00	6,398.46
08/09	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	1,333,642.00	1,340,040.46
11/09	0014	Compra en establecimiento MERCADOS LA	Bogota	Av Primera	434220	-160,150.00	1,179,890.46

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Impreso por: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2

Si usted desea conocer la tasa de interés que actualmente pagamos sobre sus depósitos ingrese a www.bancodebogota.com.co o visite alguna de nuestras oficinas

Valor pendiente por aplicar : 0.00

Banco de Bogotá

Extracto Cuenta Ahorros

Nro. 2017093009AH0089483378
Nro Cuenta: 102525326

3184436 3-3

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor	Saldo
		CONCEPCefectuada el 11/09/2017 Tarj # 491511******3638					
12/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 12/09/2017 Tarj # 491511******3638		Canal Electro	006394	-400,000.00	779,890.46
12/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 12/09/2017 Tarj # 491511******3638		Canal Electro	006392	-600,000.00	179,890.46
15/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 14/09/2017 Tarj # 491511******3638		Canal Electro	006987	-100,000.00	79,890.46
18/09	0090	Pago Automatico tarjeta de credito Visa 4575370001761075	Bogota	Gcia Ope Tjta de	000000	-72,594.00	7,296.46
30/09	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		17.00	7,313.46
		-------- FIN MOVIMIENTOS --------					

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Impreso por: dispapeles S.A.S. NIT. 860028580-2