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:	24-11-17	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
SANCHEZ	POVEDA	YENSY	LILIANA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52514060	BOGOTA / BOGOTA	19-FEB-1997
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
2-10-77	BOGOTA / BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒	UNO	DOS	3112322868

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cralle #43A 19 sur	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	2071415

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Yelisa210@hotmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MARCIA	MADRIGUE	CESAR	GIOVANNY

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79973538	BOGOTA / BOGOTA	7-NOV-1997
PASAPORTE ☐	OTRO ☐ CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO ☐ ☐		NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES□

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

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido

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 San Blas.

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
		Bogota D.C	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermería	**FECHA VINCULACION**		3-09-2009

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	1'500.000	GASTOS FAMILIARES	1'000.000	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*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1'500.000	TOTAL EGRESOS	1'000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bello	Salazar	Adriana	Yulieth.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 26 N° 6-26 Sur	Bogota- Cund/Colombia	Amiga	3138014346

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda.	Cuenta Ahorros	008480314817.		

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ 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.):

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 efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

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



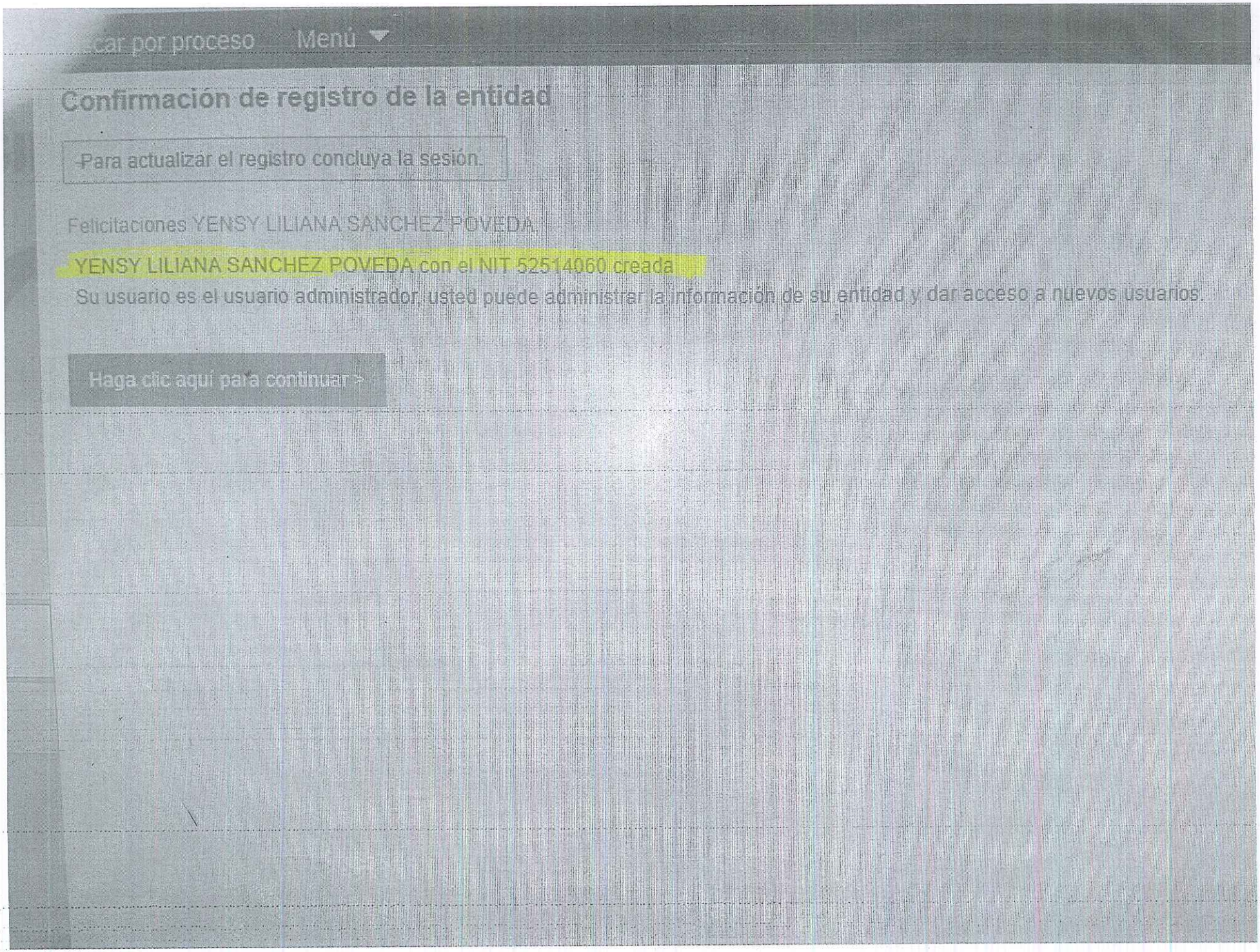
Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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


...car por proceso
Menú
Confirmación de registro de la entidad
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones YENSY LILIANA SANCHEZ POVEDA
YENSY LILIANA SANCHEZ POVEDA con el NIT 52514060 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 >

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SANCHEZ	POVEDA	YENSY LILIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52514060

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 02 MES 10 AÑO 1977

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 11c ESTE # 43A 55 SUR

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

TELÉFONO 3112322828 EMAIL yalisa21@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 (X)	MES 11 AÑO 1995

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		TECNICO AUXILIAR ENFERMERIA	12	2005	52514060

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2894100	DÍA 03 MES 08 AÑO 2099	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR ENFERMERIA	ENFERMERIA	CRA 3 ESTE # 16-72 SUR

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	7	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento BOGOTA 24 NOV/2017

LILIANA SANCHEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, YENSY LILIANA SAPUELEZ POVEDA

IDENTIFICADO CON: C.C. ☑ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 52514060 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	BOGOTA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	BOGOTA
Dirección	Cra 11 C Este # 47A 19 SUR			Teléfonos	3112322828

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS JULIO SAPUELEZ		PADRE
MARIA STELLA POVEDA		MADRE
GINA GABRIELA MURCIA		HIJA
JUAN SEBASTIAN MURCIA		HIJO

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

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

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

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		20 julio	-0-

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3	N°

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

Liliana Sanchez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota 24 Nov/2014
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

La República de Colombia
y en su nombre
FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de educación de Santafé de Bogotá D.C.

Que : Sánchez Poveda Yensy Liliana

Curso y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley
Con una intensidad de 1800 horas

Técnico Laboral en

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FUSDESA
DIRECTOR
ACADEMICO

Presidente
Roberto Galindo G.

Directora Académica
Lila Yaneth Cicua Ramírez

Dado en Bogotá D.C., A los 21 días del mes de Diciembre de 2006
Anotado en el folio 5121 del libro 04 del Registro de Fusdesa

La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Cooperativo Altamira y Barrios Sur Orientales

Jornada Nocturna

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C.
según Resolución No. 1786 del 4 de Octubre de 1991

Confiere a:

Yensy Liliana Sánchez Poveda

Identificado (a) con T. I. No 771002-11230 de Bogotá D.E.

El Título de:

Bachiller Académico

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

ALTAMIRA COLEGIO COOPERATIVO Y BSO

Rector

Secretario

Santafé Bogotá ... Día ... de 19 95.

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. 3005

DANE 311001016 48

COLEGIO COOPERATIVO ALTAMIRA Y BARRIOS SUR ORIENTALES

En la ciudad de SANTAFE DE BOGOTA D.C. a los DOS (2) días del mes de DICIEMBRE del año 1.995

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 COOPERATIVO ALTAMIRA Y BARRIOS SUR ORIENTALES

Institución aprobada hasta 1.998 en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por SECRETARIA DE EDUCACION para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA

según RESOLUCION No. 1786 del CUATRO (4) de OCTUBRE de 1.991

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, al graduado cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

SANCHEZ POVEDA YENSY LILIANA T.I.# 771002-11230 DE BOGOTA D.E.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 10 de fecha 02/12/95 que consta de 53 alumnos que comienza con el nombre de ACEVEDO ROA JOSE AGUSTIN,

y se cierra con el nombre de ZAMBRANO DUARTE ANGELA PATRICIA,

firmado y sellado por DR.ERNESTO RODRIGUEZ OLAYA (Rector)

y LIC.OMAR MUNOZ LACHE (Secretario).

Dada en SANTAFE DE BOGOTA D.C. a los DOS días del mes de DICIEMBRE de 1.995

Firmado y Sellado

El Rector o Director

C.C. No. 19.186.021 DE BOGOTA D.E.

Secretario(a)

C.C. No. 19.492.249 DE BOGOTA D.E.

DIPLOMA No. _____

IMPRESO POR: CARVAJAL FORMAS
FISE-SISTEMAS

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
"FUSDESA"

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 016

En Bogotá, D.C. El día 19 de Diciembre del Año dos mil seis (2006), se Reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, el Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el Cuerpo de Docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

ACTA INDIVIDUAL No. 5121

Sánchez Poveda Yensy Liliana

C.C. 52.514.060 de Santafé de Bogotá D.C.

El certificado que lo (a) acredita como :

Técnico Laboral
Auxiliar de Enfermería

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley con una intensidad de 1.800 Horas.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Veintiún (21) días del mes de Diciembre del año dos mil seis (2006)

Presidente
Roberto Galindo G.

Directora Académica
Lila Yaneth Cicua Ramírez

BMD
Boston Medical Devices

ConvaTec

OTORGA

Certificado de asistencia

A

YENSY LILIANA SANCHEZ.

Por su participación en la jornada de actualización en heridas y Ostomias, realizado en El Hospital San Blas E.S.E. el 14 de Mayo de 2013, Con una intensidad de 4 horas.

Lic. Clara Inés Angarita
Coordinadora de Enfermería
Hospital San Blas E.S.E

Teresita Perdomo
Coordinadora de Ed. Continuada
Boston Medical Device

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

ESCUELA DE SALUD "FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: Liliana Sánchez

Asistió al curso Básico de

LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad de 20 horas

ESCUELA DE SALUD FUSDESA

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Bacterióloga

Dado En Bogotá, D.C., a los 22 Días Del Mes De Septiembre De 2007

Fusdesalud

Centro Médico Integral

NIT 52 827 419-1

Certifica:

Que: Sánchez Poveda Yensy Liliana

Asistió al curso Básico de

Tripulacion A.P.H. en Ambulancia

Con una intensidad de 40 horas

Fusdesalud Centro Médico Integral

NANCY GALINDO GOMEZ
GERENTE

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
DIRECTOR CIENTIFICO

U.S.V. ACCIÓN
INSTRUCTOR

Dado En Bogotá, D.C., A Los 2 Días Del Mes De Diciembre De 2006

PROASEPSIS

ASEPSIS PRODUCTS DE COLOMBIA
PROASEPSIS LTDA.

CERTIFICA QUE:
LILIANA SANCHEZ

PARTICIPO EN EL CURSO

"Técnicas de Venopunción seguras según las guías del CDC para el mantenimiento de los accesos venosos"
el cual tuvo una intensidad horaria de 2 horas en Bogotá D.C.

Bogotá, Septiembre 12 de 2.013

Elías Uribe Zárate
Gerente General

Angélica Vásquez Rincón
Especialista de Producto

Alexandra Carvajal Domínguez
Especialista de Producto

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que: *Sánchez Poveda Yensy Liliana*

Asistió al curso de

Sutura II

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Docente

Dado en Bogota D. C, a los 23 dias del mes de Septiembre de 2006

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Blas II Nivel E.S.E

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

CONCEDIDO A

Liliana Sánchez Poveda

Por su participación en la jornada de actualización en Cuidado a Paciente con Enfermedad Mental realizado en el Hospital San Blas II Nivel E.S.E., entre los días 14 y 19 de Noviembre de 2013 con una intensidad de 16 horas.

Dr. Raje Gerardo Robert Medina
Medico Especialista en Psiquiatría.

Dr. Juan Carlos Ordoñez Garzon
Subgerente de Servicios de Salud

Dr. Jaime Guillermo Díaz Chabur
Gerente.

HOSPITAL SAN BLAS
II NIVEL E.S.E.

BOGOTÁ
HUMANA

HOSPITAL
SAN BLAS
II NIVEL

Certifica

Que: *Sanchez Poveda Yensy Liliana*

Asistió al 1er Congreso Nacional de Urgencias Médicas

Con una intensidad de 20 horas

Claudia Lucia Ardila Torres
Gerente Hospital San Blas

Nancy Galindo Gómez
Coordinadora Congreso

Bogota, D.C. Abril 23 de 2006

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

A: *Sánchez Poveda Yensy Liliana*

Por haber asistido al curso de Sutura Básica
con una intensidad de 20 horas

FUNDACION DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Enfermera

Dado en Bogota D. C. a los 16 días del mes de Septiembre de 2006



FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1977

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-FEB-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00682841-F-0052514060-20150326 0043671225A 1 1303283048

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.514.060

SANCHEZ POVEDA
APELLIDOS

YENSY LILIANA
NOMBRES

Liliana Sanchez
FIRMA



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 14392808508

(415)7707212489984(8020) 000001439280850 8

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

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
SANCHEZ	POVEDA	YENSY	LILIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 11 C ESTE 43 A 19 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
yelisa210@hotmail.com		2 0 7 1 4 1 5	3 1 1 2 3 2 2 8 2 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 6 9 2	2 0 0 9 0 9 0 3	8 2 9 9	2 0 0 9 0 9 0 3					

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																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	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 6 1 0 1 3

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

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

984. Nombre ROMERO TELLEZ DEISY LORENA
985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 13-10-2016
Hora: 4:04:49 PM

CONTRIBUYENTE CC 52514060 YENSY LILIANA SANCHEZ POVEDA

Información

Dirección CR 11 C ESTE 43 A 19 SUR

Teléfonos 2071415/3112322828

Dirección yelisa210@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 13/10/2016

Soporte Inscripción 18117105

Fecha Inicio Actividades 03/09/2009

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Identificación Plástica S.A. 130017/1212

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

YENSY LILIANA
SANCHEZ POVEDA
C.C. 52514060

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 04/07/2013

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

Resolución No 1338 *de* 08/02/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SANCHEZ POVEDA YENSY LILIANA Identificado(a) con CC número 52514060 expedida en SANTAFE DE BOGOTA D C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 21/12/2006 y registrado en el libro 4 Folio 5121 año 2006

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a SANCHEZ POVEDA YENSY LILIANA identificado(a) con CC número 52514060 expedida en SANTAFE DE BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo 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 Bogotá, D.C. a los 08/02/2007

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Directora de Desarrollo de Servicios.

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

Elaboro :Victor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52514060

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).

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Liliana Sanchez

Apellidos:

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52514060

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 10 Año 1977

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	17/Sep/2016	143421-01	
	2			
	3			
	R			

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

Controlar
SALUD INTEGRAL S. A. S.

FECHA	JUNIO 25 DE 2015
NOMBRE	SANCHEZ POVEDA YENCY LILIANA
IDENTIFICACION	52.514.060
EDAD	35
EMPRESA	HOSPITAL SAN BLAS

EXAMEN

HEPATITIS B, TITULACION DE ANTICUERPOS

RESULTADO 38,9 UI/L

CRITERIOS DE INTERPRETACION

ENTRE 0 A 9,9 UI/L	SEROCONVERSION / INICIAR ESQUEMA
ENTRE 10 A 100 UI/L	SEROPROTECCION / REFUERZO A LOS 6-12 MESES
ENTRE 101 A 1000 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 2 AÑOS
ENTRE 1001 A 10000 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 5 AÑOS
MAYOR A 10001 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 10 AÑOS

Atentamente

Bacteriologa

Sede La Castellana - Carrera 45A No. 94-91 PBX: 742 0428/29/30
Celular: 311 589 3741 - Celular Corporativo: 310 793 4325
E-mail: controlarsalud@yahoo.com.mx
www.controlarsalud.com - Bogotá D. C.

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

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

Nit: 830.015.894-4

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



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 4 | 1 | 2017

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

NOMBRES: YENSY LILIANA SANCHEZ POVEDA C.C. 52.514.060 EDAD: 39 SEXO M F

EMPRESA: SUB RED CENTRO ORIENTE CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA Tel.: Cel.: 3112322828

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

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

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

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		

	NORMAL	ANORMAL
Serología		
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo		
Varios		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

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

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

Examen PERIODICO satisfactorio SI — NO —

Examen de EGRESO satisfactorio SI — NO —

Apto para el Cargo. Actividad laboral en Superficie. Enfasis osteomuscular satisfactorio.

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

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

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS
Dr. Camilo Velásquez Velasco
Medico Laboral
R.M. 4687
Res. 6970 de 03/08/2009

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL — RM

Firma Trabajador

Liliana Sanchez

C.C. No. 52514060 3ta

Huella I.D.

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

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

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

YENSY LILIANA SANCHEZ POVEDA

Con Cedula de Ciudadania No. 52.514.060

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veinte (20) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
JORGE ALBERTO BETANCOURT RODRIGUEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JORGE ALBERTO BETANCOURT RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

49132280 - 20/11/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9405001574349CC52514060C.

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) YENSY LILIANA SANCHEZ POVEDA identificado con CC 52514060 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

IPS Cotizante: UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS BOGOTA - SEDE CENTENARIO

Categoría: A

Estado: ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
GINA GABRIELA MURCIA SANCHEZ	CC 1013655745		BENEFICIARIO	01/08/2008	CANCELADO
JUAN SEBASTIAN MURCIA SANCHEZ	TI 1001187627	UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS BOGOTA - SEDE CENTENARIO	BENEFICIARIO	01/08/2008	ACTIVO
CESAR GIOVANNY MURCIA MANRIQUE	CC 79973588	UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS BOGOTA - SEDE CENTENARIO	BENEFICIARIO	01/08/2008	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 24 días del mes de noviembre del año 2017 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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) **YENSY LILIANA SANCHEZ POVEDA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,514,060**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Noviembre de 2017.

Gerente de Clientes

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

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52514063	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
YEDSY	LILIANA	SANCHEZ	POVEDA

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
02-10-1977	BOGOTA	Cra 11c # 43A 19 SM	2071415

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
NUEVA EPS	PORVENIR	$ 1.500.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
AUXILIAR ENFERMERIA	3-10-2009

Correo Electrónico	Celular
Yelisa210@hotmail.com.	3112322828

Liliana Sanchez
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 39557974 Gelat

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102088046

WEB
11:54:30

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) YENSY LILIANA SANCHEZ POVEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52514060:

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 11:56:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.514.060
Código de Verificación	640763712017

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1910931

Bogotá D.C., 23 de Noviembre de 2017 - 12:01 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) **YENSY LILIANA SANCHEZ POVEDA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS CATORCE MIL SESENTA** de BOGOTÁ, D.C.

52514060

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_ISY1H_0112
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 11:53:19 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52514060 y Nombres: SANCHEZ POVEDA YENSY LILIANA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

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

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

Volver al Inicio

Todos los derechos reservados 2011.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/11/23

Por medio de la presente hacemos constar que la señora YENSY LILIANA SANCHEZ POVEDA
con Cédula de Ciudadanía número 52514060
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	008480314817
Fecha Apertura	2009/09/16

Cordialmente,

DAVIVIENDA
OFICINA VEINTE DE JULIO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA