Buscar por proceso Menú

## Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Nubia Mercedes León Ramos.

Nubia Mercedes León Ramos con el NIT 20667232 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 |
|---|---|---|
| León | Ramos | Nubia Mercedes |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C ☒ C.E ○ PAS ○ No. 20667232 | F ☒ M ○ | COL. ☒ EXTRANJERO ○ | |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DÍA 13 MES 01 AÑO 1971

PAÍS Colombia

DEPTO C/marca.

MUNICIPIO Bogotá

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

Kr 3F 57 53 sur.

PAÍS Colombia DEPTO C/marca.

MUNICIPIO Bogotá

TELÉFONO 3123899801 EMAIL jugarle.león7@hotmail.

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 ✓ | MES 11 AÑO 1993 |

**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 | 03 | ✓ | | Tecnico auxiliar en enfermeria | 12 | 2010 | 20667232 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingles | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| | | | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| Sub Red Centro Oriente E.S.E. | ✓ | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3282828 | DÍA 01 MES 09 AÑO 2016 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermeria | Unidad Cuidado Intensivo | Kr 14 B 1 · 45 Sur |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital Santa Clara E.S.E. | ✓ | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3282828 | DÍA 01 MES 12 AÑO 2011 | DÍA 31 MES 08 AÑO 2016 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar Enfermeria | Unidad Cuidado Intensivo | Kr 14 B 1 · 45 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 |
|---|---|---|
| | | |

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

3

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* | 5 | 11 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 0 | 0 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 0 | 0 |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 5 | 11 |

## 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).

28 - Nov - 2017

Nubia M León

*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.

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** NUBIA MERCEDES LEON RAMOS
**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 20667232 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
**País** COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
**Dirección** CARRERA 4 ·#55A41 SUR **Teléfonos** 3123899801 5671274

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| JUAN SEBASTIAN GARNICA LEÓN | 1000577980 | HIJO(A) |

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

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

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Banco de Bogota | AHORROS | 102625704 | Bogota D C | $ 275,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE | No. |
|---|---|---|
| | C.C◯ C.E◯ T.I.◯ | 0 |

## 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

Nubia M Leon
**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

28-11-2017 Bogotá
**CIUDAD Y FECHA**

La República de Colombia

y en su nombre

Policia Nacional - Bienestar Social

# Centro Nocturno de Bachillerato

# Nuestra Señora de Fátima

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 098 del 31 de Enero de 1.992 hasta 1.999 inclusive

Confiere a

## Nubia Mercedes León Ramos

Identificado(a) con C.C. No. 20'667.232 de JUNIN - CUND.

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.

Rector

Secretario

Santafé de Bogotá D. C., 27 de NOVIEMBRE de 1.995

Anotado al folio 142 Libro de Registro No. 01

Secretario de Educación

La República de Colombia
y en su Nombre el

# Instituto Santafé de Bogotá

(Antiguo Instituto de Capacitación Técnico Laboral Santafé de Bogotá)

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., según
Resoluciones Nos. 803 del 15 de Marzo de 2000 y 5362 de 28 de Diciembre de 2007.
Acuerdo Ejecutivo No. 35 del 28 de Septiembre de 1999 del Ministerio de Salud

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acredita a:

# Nubia Mercedes León Ramos

**C.C. 20667232**

En:

# Auxiliar de Enfermería

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos
Académicos y Prácticos con una intensidad horaria de 1835 horas,

Directora

Secretaria

INSTITUTO SANTAFE DE BOGOTA

Anotado al Folio No. 655 del Libro de Registro No. 1

Dado en Bogotá, D.C. a 15 de Diciembre de 2010

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

*Acta de Grado*

Inscripción S. E. 1490
DANE: 311001-08273

# Policía Nacional - Bienestar Social
# Centro Nocturno de Bachillerato
# "NUESTRA SEÑORA DE FATIMA"

Diagonal 49 No. 48-71 Sur - Teléfono: 270 42 02

En la ciudad de Santafé de Bogotá D. C., a los VEINTISIETE ( 27 ) día(s) del mes de NOVIEMBRE de 1.9 93 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Centro Nocturno de Bto. "NUESTRA SEÑORA DE FATIMA" Bienestar Social - Policía Nacional Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D. C. para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad ACADEMICA según Resolución No. 098 del 31 de Enero de 1.992 y hasta 1.999 Inclusive.

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 T I T U L O D E B A C H I L L E R A C A D E M I C O al graduando cuyos nombres, apellidos y Número del documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRE *LEON RAMOS NUBIA MERCEDES*

C. C. ó T. I. No. *20.667.232* de *Junín Cundinamarca*

Es fiel copia tomada del Acta original general No. DIESISEIS (16) de fecha NOVIEMBRE 27 DE 1.993 que consta de 62 alumnos graduados, comienza con el nombre de APARICIO RODRIGUEZ GUILLERMO y se cierra con el nombre de ZAMORA MENDEZ MARIA IRMA.

Firmada y Sellada por: ALFONSO ACOSTA ROMERO Rector y MARIA ESPERANZA BOHORQUEZ DE MORA Secretaria

Dada en Santafé de Bogotá D. C., a los 27 días del mes de NOVIEMBRE de 1.9 93

**En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.**

Rector
C. C. No. 17.053.720 de Bogotá

Secretario
C. C. No. 41.737.609 de Bogotá

Kamay 249 35 84

# INSTITUTO SANTAFE DE BOGOTA

*Educación para el trabajo y el Desarrollo Humano*

## ACTA No. 29

En la ciudad de Bogotá, a los quince (15) días del mes de Diciembre de 2010, se reunieron con el fin de entregar las Actas de Certificación de los alumnos de último ciclo, la suscrita Directora y la Secretaria en la dirección del Instituto aprobado según acuerdo ejecutivo No. 35 de Septiembre 28 de 1999 del Ministerio de Salud y por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C., con la Resolución No. 803 de Marzo 15 de 2000 y 5362 de Diciembre 28 de 2007, en el nivel de Técnico Laboral, para otorgar el Certificado que lo acredita como Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y culminaron satisfactoriamente el programa de **Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería**, se procedió a otorgar el certificado a:

**Rubia Mercedes León Ramos**

**Con Documento de Identidad No. 20.667.232**

Es fiel copia tomada del Acta de Certificación No. 29 de fecha Diciembre 15 de 2010 que consta de 98 alumnos, comienza con el nombre de AGUIRRE MOLINA JEIMY MARCELA y cierra con el nombre de ZAMBRANO CASTELLANOS KAREN ESTEFANIA.

Firmado y sellado por la Directora YOLANDA DELGADO GIRALDO y la secretaria NORMA ESPERANZA LONDOÑO GIRON

Dada en Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de Diciembre de 2010

En constancia se firma la presente Acta por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Art. 7 del decreto 180 de 1981.

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994.

**Yolanda Delgado Giraldo**
**C.C. 41.621.311 de Bogotá**
**DIRECTORA**

**Norma Esperanza Londoño Girón**
**C.C. 39.645.939 de Bogotá**
**SECRETARIA**

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## NUBIA MERCEDES LEON RAMOS

*Con Cedula de Ciudadania No. 20.667.232*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

**Título de**

## PROFUNDIZACIÓN TÉCNICA EN
## ATENCION DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá, a los diez (10) días del mes de diciembre de dos mil catorce (2014)*

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

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

**21279826 - 10/12/2014**
No y 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 940300761050CC20667232C.

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:

# NUBIA MERCEDES LEÓN

C.C.: 20667232

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<br>**Proceso:** Gerencia de Talento Humano | **Página:** 1 de 1<br>**Versión:** 02<br>**Fecha:** 2016-05-06 |

Bogotá, D.C

**Señores**

Instituto Sanlate de Bogotá

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Nubia Mercedes Leon Ramos, 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:

Auxiliar de Enfermeria

*(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)*

Cordialmente,

Firma: Nubia Mleon

No. de documento: 20 667 232

Tarjeta profesional No.: _____

Dirección de contacto: cll 71 # 14-15

Teléfono: 211 6148 - 212 0958

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.667.232**

**LEON RAMOS**

APELLIDOS

**NUBIA MERCEDES**

NOMBRES

Nubia M León R.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-ENE-1971**

**JUNIN**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.60** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S RH | SEXO |

**26-NOV-1990 JUNIN**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

A-1500150-00019802-F-0020667232-20080705 **0000**788616A 1 1330011257

14

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 14395527911

(415)7707212489984(8020) 000001439552791 1

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

| Lugar de expedición 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Junín 3 7 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LEON | RAMOS | NUBIA | MERCEDES |

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 4 55 A 41 SUR BRR EL DANUBIO AZUL

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| jugarle.leon7@hotmail.com | | 5 6 7 1 2 7 4 | 3 1 2 3 8 9 9 8 0 1 |

**CLASIFICACION**

| Actividad económica | | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 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 1 1 1 2 0 1 | | | | | 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 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# 12- Ventas régimen simplificado

**Obligados aduaneros**

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 1 1 1 7

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 LEON RAMOS NUBIA MERCEDES

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 17-11-2016 06:49:03PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 18-08-2016
Hora: 2:25:54 PM


**CONTRIBUYENTE** CC 20667232 NUBIA MERCEDES LEON RAMOS

**Información General**

*Dirección* KR 4 55A 41 SUR

*Teléfonos* 5671274 / 3123899801

*Dirección electrónica* jugarle.leon7@hotmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 18/08/2016

*Soporte Inscripción* 22438599

*Fecha Inicio Actividades* 01/12/2011

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 16001063560

16

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

**CERTIFICADO DE INSCRIPCION**

NUBIA MERCEDES
LEON RAMOS
C.C. 20667232-

**AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Expedicion 28/09/2011

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

# *Resolución No 6243 de 13/06/2011*

## *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C*

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación 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) LEON RAMOS NUBIA MERCEDES Identificado(a) con CC número 20667232 expedida en JUNIN - CUND solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO SANTAFE DE BOGOTA. el día 15/12/2010.

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 LEON RAMOS NUBIA MERCEDES identificado(a) con CC número 20667232 expedida en JUNIN - CUND para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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

**NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE**
Dada en Bogotá, D.C. a los **13/06/2011**

**CONSUELO PEÑA APONTE.**
Directora de Desarrollo de Servicios(E).

Reviso : Yudy Rodriguez
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 28 sep 2011
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Nubia Mercedes Jacun b.
CC. # 20 667 232 junin.
Firma Nubia M Jacun

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 *

20667232

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).

19

| Vacuna | Dosis Refuerzo | Lote | Fecha Aplicación | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1ª dosis | | 12-X/04 | |
| | 2ª dosis | | 12-XI/04 | Edgar. C |
| | 3ª dosis | | 16-I/05 | |
| | Refuerzo | 20600230 | 26-10-06 | Luisa |
| Hepatitis A | 1ª dosis | | | |
| | 2ª dosis | | | |
| Triple Viral | 1ª dosis | 5965-1 | | |
| Varicela | 1ª dosis | | | |
| Neumococo | 1ª dosis | | | |
| Influenza* | 1ª dosis | | | |
| | 2ª dosis | | | |
| | 3ª dosis | | | |
| | Refuerzo | 12-Agosto 2010 | | Edgar. C |
| Influenza* | 1ª dosis | J0761 II-12/5 | | Edgar. C |
| | | Cita 12 Agosto 2012 | | |

* Influenza (Grippe) refuerzo anual

Cortesia Aventis Pasteur




Institución: Hospital Santa Clara




Institución: Hospital Santa Clara

Nombre: Nubia Leon

Doc. Identidad: 20 667 232

Dirección: Cra 4 1/2 5 Sur 41

Teléfono: 56827159
56871133

Cortesia Aventis Pasteur

20

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

A7

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Nubia Mercedes

Apellidos: Leon Ramos

Documento de identidad: C.C. X T.I. ___ Pasaporte ___ No. 20667232

Fecha de Nacimiento: Día 13 Mes 01 Año 1971

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 25-11-2017 | 0347500501 | |
| | 2 | 25-12-2017 | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

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

ANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

# SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **16/11/2016 09:12:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **NUBIA MERCEDES LEON RAMOS**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 20667232**

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| EXAMEN DE INGRESO | 2 | 3 |
| | 5 | 6 |
| | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| pto para el cargo | ⊗ | ○ | ○ | ○ |
| plazado | ○ | ○ | ○ | ○ |
| pto con restricciones | ○ | ○ | ○ | ○ |
| pto para trabajar en alturas | ○ | ○ | ○ | ○ |
| pto para trabajar en espacios nfinados | ○ | ○ | ○ | ○ |
| pto para Trabajar con equipos de uministro de aire o autocontenido | ○ | ○ | ○ | ○ |
| pto para participar en la brigada | ○ | ○ | ○ | ○ |
| pto para el requerimiento del cargo e la empresa o contratista | ○ | ○ | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIODICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Requiere de restricción de actividades | ○ | ○ |
| Requiere de reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| **EXAMEN DE RETIRO** | **SI** | **NO** |
| Sospecha de enfermedad Profesional | ○ | ○ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

| EMISIÓN | SI ○ | NO ⊗ | ARL | SI ○ | NO ⊗ | EPS | SI ○ | NO ⊗ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

USO DE GAFAS PARA VER DE CERCA
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RSO 2788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Nubia M Leon R.

Trabajador: NUBIA MERCEDES LEON RAMOS
CC: 20667232
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**NUBIA MERCEDES LEON RAMOS**

*Con Cedula de Ciudadania No. 20.667.232*

*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 tres (3) días del mes de marzo de dos mil dieciseis (2016)*

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

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

**33737948 - 03/03/2016**
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 9403001127847CC20667232C.

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**
**FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-12-21

**DO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT**

| FECHA: | 27-11-2017 | 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 |
|---|---|---|---|
| León | Ramos. | Nubia | Mercedes |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 20661232 | Junin Cundinamarca. | 26-11-1990 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ | NO | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 13-01-1971 | Junin cundinamarca | Colombia. | Colombia. |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☑ VIUDO(A) | 1 | 1 | 3123899202 |

| 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 |
|---|---|---|---|---|
| Kra 3 f. No 57-53 sur | Bogotá | Cundinamarca | Colombia | 3123899202 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | PROPIA ☐ | FAMILIAR ☐ | ARRENDADA ☒ |
| Jugarle.leon7.@hotmail.com | | | | |

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

**2. DATOS DEL CONYUGE**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Ruiz | Rodriguez | Jaime | Enrique |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 19379592 | Bogotá | 22-11-1977 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☑ | NO ☐ | NACIONALIDAD: Colombia. |

**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 C.I.I.U ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☐ | IVA | SI ☐ | NO ☒ | 8692 | |
| | | NO ☒ | ICA | SI ☐ | NO ☒ | PRINCIPAL: ☒ | SECUNDARIA: ☐ |

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**
**FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-12-21

| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|
| SI [X] NO [ ] | SI [ ] NO [X] | Subred Integrada de Salud Centro Oriente E.S.E |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO [ ] | SERVICIOS [ ] | SALUD [ ] | # NIT | 900959051-7 |
|---|---|---|---|---|---|

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL [X]

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Cra 14b #1-45 bs | 328 28 28 | Bogotá | Cundinamarca | Colombia |
| **CARGO ACTUAL** | Auxiliar Enfermería | **FECHA VINCULACION** | | 01-12-2011 |

**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 | | GASTOS FAMILIARES | 500.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | 1'490.000 | ARRIENDOS | 400.000 | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | 300.000 | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | 1.490.000 | TOTAL EGRESOS | 1.200.000 | 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 |
|---|---|---|---|
| Hernandez | Lopez | Lady | Lorena |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR** |
| Cll 34 N. 1a 40 sur | Soacha | Amistad | 310 555.6607 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| Banco Bogotá | Cuenta de Ahorros | 102[illegible]4 | Av. 1ra | 3820000 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS.
IMPORTACIO [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

**8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

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

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

Apoyo a la Gestión Como Auxiliar de Enfermería

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique).
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma

## 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

### CONSIDERACIONES

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

### AUTORIZACION

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

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

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

**7.** DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
**8.** RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
**9.**AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
**NOTA:** Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co)_ en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

## IX. FIRMA Y HUELLA

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

Dubia M Jaen R.

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

## X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

## XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

compensar

**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
**COMPENSAR EPS**
**NIT 860.066.942-7**

## HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) NUBIA MERCEDES LEON RAMOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 20.667.232 , se encuentra Activo en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa NUBIA MERCEDES LEON RAMOS NIT 20667232, en calidad de INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20170301 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Noviembre de 2.017

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A SOLICITUD DEL USUARIO

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: LAURA VANESSA TORO CER-AFI
8737477

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NUBIA MERCEDES LEON RAMOS identificado(a) con C.C No. 20.667.232, 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 14 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

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

| Numero de Documento | ARL |
|---|---|
| 20.661.232 | Seguros Bolivar |

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|---|---|
| Nubia. | Mercedes | Leon | Ramos. |

| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | teléfono fijo |
|---|---|---|---|
| 13-01-1972 | Juan cu di | Kr 3 f. 51-53 sur | 5071274 |

| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |
|---|---|---|
| Compensar | Colfondos | 1490.000. |

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

| Correo Electrónico | Celular |
|---|---|
| Jugable.leon1@hotmail.com. | 3123899801 |

Nubia Mercedes R
Firma del Afliado

Tatiana R. Olavijo Q.
C.C. No. 51.931.204 Bta
Enfermera P.U.J.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

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

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

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 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

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

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE DEL EMPLEADO | CENTRO DE TRABAJO | CLASE | TASA | FECHA INICIO COBERTURA | FECHA DE RETIRO | TIPO COTIZANTE | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 20667232 | NUBIA MERCEDES LEON RAMOS | SANTA CLARA-ASISTENCIAL | 3 | 2.436% | 01/09/2016 | | INDEPENDIENTE | ACTIVO |

Se expide a solicitud del interesado el 17 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 102159400

WEB
02:32:37


Bogotá DC, 25 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) NUBIA MERCEDES LEON RAMOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20667232:

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 sábado 25 de noviembre de 2017, a las 2:31:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | C.C. |
| No. Identificación | 20.667.232 |
| Código de Verificación | 229797432017 |

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

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 1915688**

**Bogotá D.C., 25 de Noviembre de 2017 - 2:40 am**

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

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NUBIA MERCEDES LEON RAMOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **VEINTE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS** de JUNIN

**20667232**

**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_4TUSI_392**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
**POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**

Inicio Institución Contáctenos

**Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que a la fecha, 25/11/2017 a las 02:36:47 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 20667232 y Nombres: LEON RAMOS NUBIA MERCEDES
**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

**Volver al Inicio**

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

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

**Todos los derechos reservados 2011.**

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 LEON RAMOS,NUBIA MERCEDES, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 20.667.232 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102625704, abierta/o desde el 23/12/2011.

Se expide en Bogota el día 28 del mes de Noviembre del año 2017 con destino a: SUDRED CENTRO ORIENTE

Firma Autorizada

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

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 LEON RAMOS,NUBIA MERCEDES, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 20.667.232 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102625704, abierta/o desde el 23/12/2011.

Se expide en Bogota el día 28 del mes de Noviembre del año 2017 con destino a: SUDRED CENTRO ORIENTE

Firma Autorizada

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

Banco de Bogotá

Fogafín Seguro para tu dinero | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

# Extracto Cuenta Ahorros

Nro. 2017093009AH00869809 /3



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



68205 -3

**LEON RAMOS,NUBIA MERCEDES**
CR 4 55A - 41 SUR
DANUBIO AZUL - ZONA 5a USME
BOGOTA D.C.,BOGOTÀ D.C.- CUND.
Entrega: EM Oficina: 0102 Avenida Primera
682051

**FECHA EXTRACTO** **Julio - Septiembre 2017**
Desde: Julio 01 Hasta: Septiembre 30
Cuenta Número: 102625704
Tipo de Cuenta: Cuentas Privadas
Cod. Origen: 0102
BOGOTA

## Resumen de la Información

| | |
|---|---|
| **Saldo Inicial:** | **305,902.70** |
| Total 000003 Abonos: | 5,234,172.00 |
| Total 000024 Cargos: | -5,212,075.00 |
| Total IVA: | 0.00 |
| Total 4x1000 GMF: | 0.00 |
| Total Retencion: | 0.00 |
| Total Intereses: | 202.00 |
| **Saldo Final:** | **328,201.70** |

| Fecha | Cod Trans | Descripción del Movimiento | Ciudad | Oficina/Canal | Documento | Valor | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 04/07 | 0670 | Cargo Pago Electronico Planilla Unica No. 00000000000000000000020924016 Nit 0009998600669427 | Bogota | Servic. Electro | 000000 | -228,400.00 | 77,502.70 |
| 05/07 | 0050 | Cargo transferencia por canal virtual electronico realizada el 04/07/2017 | Bogota | Av Primera | 000000 | -77,300.00 | 202.70 |
| 07/07 | 0593 | Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517 | Bogota | Servic. Electro | 000000 | 1,481,599.00 | 1,481,801.70 |
| 17/07 | 0724 | Cargo Automatico Ahorro Programado | Bogota | Av Primera | 000000 | -170,000.00 | 1,311,801.70 |
| 17/07 | 0016 | Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 16/07/2017 Tarj # 491511******4321 | | Canal Electro | 000385 | -200,000.00 | 1,111,801.70 |
| 19/07 | 0050 | Cargo transferencia por canal virtual electronico realizada el 19/07/2017 | Bogota | Av Primera | 000000 | -350,000.00 | 761,801.70 |
| 27/07 | 0016 | Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 27/07/2017 Tarj # 491511******4321 | | Canal Electro | 004667 | -200,000.00 | 561,801.70 |
| 31/07 | 0016 | Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 31/07/2017 Tarj # 491511******4321 | | Canal Electro | 006580 | -200,000.00 | 361,801.70 |
| 31/07 | 0670 | Cargo Pago Electronico Planilla Unica No. 00000000000000000000021436779 Nit 0009998600669427 | Bogota | Servic. Electro | 000000 | -228,400.00 | 133,401.70 |
| 31/07 | GT01 | Intereses ganados | Bogota | Av Primera | | 74.00 | 133,475.70 |
| 08/08 | 0568 | Pago por Internet Personal | Bogota | Servic. Electro | 010101 | -98,000.00 | 35,475.70 |
| 09/08 | 0593 | Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517 | Bogota | Servic. Electro | 000000 | 1,678,875.00 | 1,714,350.70 |
| 09/08 | 0050 | Cargo transferencia por canal virtual electronico realizada el 08/08/2017 | Bogota | Av Primera | 000000 | -35,475.00 | 1,678,875.70 |
| 11/08 | 0016 | Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 11/08/2017 Tarj # 491511******4321 | | Canal Electro | 000841 | -300,000.00 | 1,378,875.70 |
| 14/08 | 0568 | Pago por Internet Personal | Bogota | Servic. Electro | 010101 | -98,000.00 | 1,280,875.70 |
| 16/08 | 0670 | Cargo Pago Electronico Planilla Unica No. 00000000000000000000021742867 Nit 0009998600669427 | Bogota | Servic. Electro | 000000 | -30,600.00 | 1,250,275.70 |
| 16/08 | 0724 | Cargo Automatico Ahorro Programado | Bogota | Av Primera | 000000 | -170,000.00 | 1,080,275.70 |
| 22/08 | 0050 | Cargo transferencia por canal virtual electronico realizada el 22/08/2017 | Bogota | Av Primera | 000000 | -320,000.00 | 760,275.70 |
| 23/08 | 0016 | Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 23/08/2017 Tarj # 491511******4321 | | Canal Electro | 006235 | -300,000.00 | 460,275.70 |
| 31/08 | GT01 | Intereses ganados | Bogota | Av Primera | | 62.00 | 460,337.70 |
| 04/09 | 0670 | Cargo Pago Electronico Planilla Unica No. 00000000000000000000022112120 Nit | Bogota | Servic. Electro | 000000 | -228,400.00 | 231,937.70 |

Impreso por dispapeles SAS NIT 860.028.580-2 FINANCIERA DE COLOMBIA

Notificar cualquier reparo a la Revisoria Fiscal KPMG Ltda., Apartado Aéreo No. 36700 Bogotá CC-091-2 (Junio/2004)

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

| Fecha | Cod Trans | Descripción del Movimiento | Ciudad | Oficina/Canal | Documento | Valor | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0009998600669427 | | | | | |
| 08/09 | 0593 | Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517 | Bogota | Servic. Electro | 000000 | 2,073,698.00 | 2,305,635.?0 |
| 11/09 | 0014 | Compra en establecimiento ODONTOFAMILY RESTREefectuada el 09/09/2017 Tarj # 491511******4321 | Bogota | Av Primera | 322297 | -51,000.00 | 2,254,635.?0 |
| 11/09 | 0016 | Retiro cajero automatico ATH B2041 de Bogota RESTREPO realizado el 09/09/2017 Tarj # 491511******4321 | | Canal Electro | 000077 | -200,000.00 | 2,054,635.?0 |
| 13/09 | 0016 | Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 12/09/2017 Tarj # 491511******4321 | | Canal Electro | 006463 | -600,000.00 | 1,454,635.?0 |
| 15/09 | 0050 | Cargo transferencia por canal virtual electronico realizada el 15/09/2017 | Bogota | Av Primera | 000000 | -350,000.00 | 1,104,635.?0 |
| 18/09 | 0724 | Cargo Automatico Ahorro Programado | Bogota | Av Primera | 000000 | -170,000.00 | 934,635.?0 |
| 18/09 | 0016 | Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 16/09/2017 Tarj # 491511******4321 | | Canal Electro | 008649 | -600,000.00 | 334,635.?0 |
| 19/09 | 0670 | Cargo Pago Electronico Planilla Unica No. 00000000000000000000022395292 Nit 0009998600669427 | Bogota | Servic. Electro | 000000 | -6,500.00 | 328,135.?0 |
| 30/09 | GT01 | Intereses ganados | Bogota | Av Primera | | 66.00 | 328,201.?0 |
| | | --------- FIN MOVIMIENTOS --------- | | | | | |

68205 3-3

Impreso por Cyspapeles SAS NIT 860028580-2
FINANCIERA DE COLOMBIA

32