Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
52359159	CARMEN YOLANDA ANGARITA	17/11/2017 12:56:49 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	17/11/2017 12:56:49 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ANGARITA	MORENO	CARMEN YOLANDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52359159

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 9 MES NOV AÑO 1977

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Covarachía

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 31 SUR 5 A 68

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3206969199

EMAIL juliancon-1981@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 8o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11 X	MES AGOSTO AÑO 2008

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	2016	52359159

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUB RED CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* atencionalusuario@subredcentrooriente.com
TELÉFONOS 4444484	*FECHA DE INGRESO* DIA 18 MES 4 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA* enfermeria		*DIRECCIÓN* dg 39 sur n 3 20 este

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA VICTORIA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* esevictoria@gmail.com
TELÉFONOS 3725610	*FECHA DE INGRESO* DIA 27 MES 2 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DIA 17 MES 4 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ENFERMERIA		*DIRECCIÓN* DIAGONAL 39 SUR 3 20 ESTE

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	4	9
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

Bogota 18 Dic 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Carmen Angarita

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CARMEN YOLANDA ANGARITA MORENO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52359159 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CL 31 SUR 5 A 68 **Teléfonos** 3206969199 3206969199

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
KAREN DARLEY CONTRERAS ANGARITA	1000776710	HIJO(A)
JEFERSON ANDRES CONTRERAS	10233865065	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 12.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 12.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008400710052	VEINTE DE JULIO	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

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** ⓧ **NO** ◯ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JULIAN ANDRES CONTRERAS	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	80115118

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

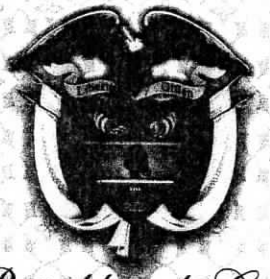
Carmen Angarita

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Página 2 de 2



La República de Colombia

y en su nombre el:

Instituto de Educación para Jóvenes y Adultos de Cundinamarca

"I D E A C"

Autorizado por la Secretaria de Educacion de Cundinamarca, según Resolucion No. 001596 del 17 de octubre de 2001

Confiere a:

Carmen Yolanda Angarita Moreno

C. C. 52,359,153 Bogotá

El Título de:

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Anotado al Folio 5 del Libro para Control Interno de Diplomas No 14

Dado en Fómeque (Cundinamarca), a los diez (10) días del mes de agosto de 2008

No requiere Registro de la Secretaria de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994, y 2150 del 5 de diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

Acta Individual de Grado

Instituto de Educación para Jóvenes y Adultos de Cundinamarca "IDEAC"

En la ciudad de Fómeque (C/marca), a los diez (10) días del mes de Agosto de 2008, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado once, los suscritos Rector y Secretario del INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA JÓVENES Y ADULTOS DE CUNDINAMARCA "IDEAC", Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica, y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Titulo de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 001596 del 17 de Octubre de 2001.
Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el Titulo de:

Bachiller Académico

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

Carmen Yolanda Angarita Moreno

C.C. 52,359,159 Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 014 del diez (10) de Agosto de 2008 que consta de 139 estudiantes; comienza con el nombre de: ACOSTA DUVER y termina con el nombre de: YARA YATE LAZARO

No requiere registro de la Secretaria de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República

Dada en Fómeque (C/marca), a los diez días del mes de Agosto de 2008

Firmas y Sellos

INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA JÓVENES Y ADULTOS IDEAC RECTOR DE CUNDINAMARCA

Carlos Ignacio Sabogal Tamayo
Rector
C.C. 11.295.336 de Girardot

INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA JÓVENES Y ADULTOS IDEAC SECRETARIO DE CUNDINAMARCA

Julian Alberto Sabogal Carmona
Secretario
C.C. 80.076.755 de Bogotá

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Educación para el trabajo y el desarrollo humano

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 secretaria de Educación de Santafé de Bogotá D.C.

Confiere a :

Angarita Moreno Carmen Yolanda

C.C. 52.359.159 de Bogotá D.C.

El Certificado de

Técnico Laboral

por haber cursado y culminado satisfactoriamente el programa de :

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Duración : 1800 horas

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

Directora Académica
Lila Yaneth Cicua Ramirez

Secretaria Académica
Nancy Galindo Gómez

Dado en Bogotá D.C., A los 15 días del mes de Junio de 2008
Anotado en el folio 7226 del libro 05 del Registro de Fusdesa

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Educación para el trabajo y el desarrollo Humano

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. 019 **ACTA INDIVIDUAL No. 7226**

En Bogotá, D.C. El día 13 de Junio del Año dos mil ocho (2008), 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

Angarita Moreno Carmen Yolanda

C.C. 52.359.159 de Bogotá D.C.

El certificado de

Técnico Laboral

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente el Programa de :

Auxiliar de Enfermería

Duración : 1.800 Horas.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Quince (15) días del mes de Junio del año dos mil ocho (2008)

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

Directora Académica
Lila Yaneth Cícua Ramírez

Secretaria Académica
Nancy Galindo Gómez

BOGOTÁ HUMANA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

HOSPITAL La Victoria Empresa Social del Estado

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

Yolanda Angarita

Asistió a la jornada académica de actualización de conocimientos de la salud, la cual fue desarrollada el día 11 del mes 12 de 2015.

"1er FORO DE MANEJO EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA DE ALTO RIESGO"

Fernando A. Peña Díaz

Gerente ESE Hospital La Victoria III Nivel

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

carmen yolanda angarita moreno

realizó el curso de

Reinducción 2015 - Hospital La Victoria

14 de enero de 2015

HOSPITAL La Victoria

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

carmen yolanda angarita moreno

realizó el curso de

Lactancia Materna - Curso 2

17 de marzo de 2015

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

HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE

OTORGA EL SIGUIENTE CERTIFICADO A:

CARMEN Y. ANGARITA MORENO

Por su asistencia a la capacitación en atención integral en salud sexual y reproductiva, interrupción voluntaria del embarazo y aspiración manual endouterina, realizada el **11** de **FEBRERO** de 2015, con una duración de 12 horas.

FERNANDO ANIBAL PEÑA DIAZ
GERENTE

BOGOTÁ HUMANA

Bogotá D.C

Señores:

Auxiliar enfermería Fusdesa

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Carmen Yolanda Angarita Moreno en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Auxiliar enfermería fusdesa

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Carmen Yolanda Angarita Moreno

No. de documento: 52 359159 Bta

Tarjeta profesional No: 52 359159 Bta

Dirección de contacto: calle 31 su 6A 12 esta Santander

Teléfono: 364 31 51 3142326344

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52359159
NUMERO

ANGARITA MORENO
APELLIDOS

CARMEN YOLANDA
NOMBRES

Yolanda Angarita Moreno
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1977

COVARACHIA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

22-MAR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500104-42097951-F-0052359159-20020412 06844 02101A 01 112299401

3142

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14281359918

(415)7707212489984(8020) 000001428135991 8

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

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
ANGARITA	MORENO	CARMEN	YOLANDA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 31 SUR 5 A 68

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		3 6 4 3 1 5 1	3 2 0 6 9 6 9 1 9 9

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 2 5	8 2 9 9	2 0 0 9 0 9 2 5				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 4 0 2 0 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 URUEÑA SERRANO DIEGO ALFONSO

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

CONTRIBUYENTE NIT 52359159-3 CARMEN YOLANDA ANGARITA MORENO

Información General

Dirección CL 31 SUR 5A 68

Teléfonos 3643151-3206969199

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/05/2015

Soporte Inscripción 16699526

Fecha Inicio Actividades 25/09/2009

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

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000945271

Fuente ICA TE TOCA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CARMEN YOLANDA

ANGARITA MORENO

C.C 52359159

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 06/01/2009

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 9925 *de* 15/10/2008

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) ANGARITA MORENO CARMEN YOLANDA Identificado(a) con CC número 52359159 expedida en 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 15/06/2008 y registrado en el libro 5 Folio 7226 año 2008
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 ANGARITA MORENO CARMEN YOLANDA identificado(a) con CC número 52359159 expedida en 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 **15/10/2008**

ORIGINAL FIRMADO POR EL
Dr. Herman Redondo Gómez
Director de Desarrollo
de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C 06-01-2009
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Yolanda Angarita
CC. # 52 359 159 Bta

Firma C Yolanda Angarita M

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 52359159

Primer Nombre *: CARMEN

Primer Apellido *: ANGARITA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-18→9:23:30 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52359159	CARMEN	YOLANDA	ANGARITA	MORENO	Ver

Información Detallada [CC: 52359159] CARMEN YOLANDA ANGARITA MORENO

2018-12-18→9:23:30 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2008/10/15	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tania Salud
CENTRO DE VACUNACIÓN
Cra. 15 No. 51-14 Con. 202
Cel. 310 237 13 97

Cortesía de
BIOTOSCANA S.A.
Su Ángel Protector en Salud

CARNET DE VACUNACIÓN

Nombre	Yobnda Angulo
Dirección	
Teléfono	
H.C.	52 359139
Entidad Vacunadora	

HEPATITIS B (HEPAVAX GENE®)	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a	19 JUL 2007	X04 0	OMAIRA BRAVO 52 790.346
	2a	25 SET 2007	AX07H9	
		18 JUL 2008	20511	

INFLUENZA (AGRIPPAL® S1)	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA (VARICELA VACUNE GSK)	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

HEPATITIS A (EPAXAL®)	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL (MORUPAR®)	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA

GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Calle 95 N° 45 A-18 La Castellana
Tel: (1) 257 2811 - 257 2815
Fax: 616 5051 Bogotá, D.C.
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogota Fecha 10. / 08 / 2016
Nombre Carmen Yolanda Angarita Moreno
Identificación 52 359 159
Fecha de nacimiento 8/11/1977 Edad 37
Cargo Auxiliar de enfermeria
Género MASCULINO ___ FEMENINO X
Empresa Hospital la victoria
Empresa usuaria

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO ___ EGRESO ___ OTRO ___

CONCEPTO

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

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen medico Satisfactorio
VISIOMETRÍA
AUDIOMETRÍA
ESPIROMETRÍA
EXAMENES PARACLÍNICOS
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES higiene postural, pausas activas laborales, gimnasia de extremidades y control de peso

Médico

Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858

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

Paciente

Firma del paciente
Nombre Carmen Yolanda Angarita
Cedula 52359159

Certificación

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

CERTIFICA A:

CARMEN YOLANDA ANGARITA MORENO

C.C. 52359159

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

El presente se expide a los **Cuatro (4) días del mes de diciembre de 2018**

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

Mónica Adriana Fórez Bonilla
Director Operativo – Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

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

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

CARMEN YOLANDA ANGARITA MORENO

C.C 52359159

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas|

Esta certificación se firma a los 31 (treinta y uno) días del mes de agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CARMEN YOLANDA ANGARITA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 52.359.159

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 nueve (9) días del mes de mayo de dos mil diecisiete (2017)

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

43537697 - 09/05/2017
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, baj
9403001411176CC52359159C.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ANGARITA MORENO CARMEN YOLANDA** identificado(a) con **CC** número **52.359.159** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de septiembre de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de diciembre de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

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

20181218174311

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: IT-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 17-12-18 | CIUDAD: Bogota | DEPARTAMENTO: cundinamarca

Distinguido 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
Anganta	Moreno	Carmen	Yolanda

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	52359159	Bogota	22-03-1996

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
8-11-1977	Covarachia	Boyaca	colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	2	2	3206969199

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

PROFESION OFICIO: auxiliar enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA:
calle 31 sur 6 A 12 este	Bogota	cundinamarca	colombia	3693151

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET:	TIPO DE VIVIENDA		
		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
Contreras	otalora	Julian	Andres

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐	80115118	Bogota	22-02-1975

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ 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		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		8296
		ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA ☐	

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ | NIT: 900959051-7

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

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
dg 39 # 3-20	3725610	Bogota	cundinamarca	colombia

CARGO ACTUAL:	FECHA VINCULACION
Auxiliar de enfermeria	27-02-2014

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1'600.000	GASTOS FAMILIARES	30000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS		ARRIENDOS	60000	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	1'600.000	TOTAL EGRESOS	800.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(Nota: No debe ser familiar de usted, ni del Cliente o Contraparte y debe residir en la ciudad de la Entidad Estatal)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cuadrado	—	Jorge	—
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Calle 31-6A12 Esp	Bogotá/Cundinamarca	Amigo	3112841742

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta de Ahorros	008400710052	20 de Julio	3643379

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: —

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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 licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) 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 INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación 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 acceder 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 podra 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, 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, así como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como tinular 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 y 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 c) 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@subredcentroriente.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.subredcentroriente.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

Carmen Yolanda Angarita Moreno

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:			

Certificación de Afiliación Cotizante

El señor(a) CARMEN YOLANDA ANGARITA MORENO identificado(a) con Cedula Ciudadania número 52359159

presenta los siguientes datos referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

Información del cotizante:

Afiliado cotizante:	CARMEN YOLANDA ANGARITA MORENO		
Número de identificación:	52359159	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadania
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual cotizante:	VIGENTES	Razón de estado:	Al dia - empleador pago al dia
Tipo cotizante:	Independiente		
Dirección actual de residencia:	KR3A ESTE N 31-18	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	3646997	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón social aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
52359159	Angarita Moreno Carmen Yolanda	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

se firma y expide en Bogotá a los 13 del mes de Diciembre de 2018 , a solicitud del interesado

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

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

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

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

52359159	Sura
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Carmen	Yolanda	Angarita	Moreno

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
8 - 11 1977	Covarachia	calle 21 sur 6A12	3643151

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Medimas	proteccion	$ 7'524.600

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar Enfermeria	

Correo Electrónico	Celular
julianca-1981@hotmail.com	3142326342

Carmen Yolanda Angarita Moreno
Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 52794779

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119402834

WEB
17:36:42

Bogotá DC, 18 de diciembre del 2018

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) CARMEN YOLANDA ANGARITA MORENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52359159:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 18 de diciembre de 2018, a las 17:39:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52159359
Código de Verificación	521593591812181739 29

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2622245

Bogotá D.C., 18 de Diciembre de 2018 - 17:38 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) **CARMEN YOLANDA ANGARITA MORENO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y NUEVE** de BOGOTÁ, D.C.

52359159

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:37:29 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52359159**
Apellidos y Nombres: **ANGARITA MORENO CARMEN YOLANDA**

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

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

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

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

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/11/28
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora CARMEN YOLANDA ANGARITA MORENO
con Cédula de Ciudadanía número 52359159
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	008400710052
Fecha Apertura	2014/02/27

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0084 - OFICINA VEINTE DE JULIO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA