Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 11:34:08 | ANA ISABEL TORO O...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

Id de página:: 14005862 Ayuda

- **Mis datos de usuario**
- **Noticias SECOP**
- **Mis registros**
- **Accesos del usuario**
- **Términos y condiciones de uso**

Datos del usuario guardados

Refrescar

Información del usuario



Género	Femenino
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre completo	ANA ISABEL TORO ORTIZ
Nombre y apellido	ANA ISABEL TORO ORTIZ
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1023878387
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	Calle 41 Sur No 3A 24 Este
Código postal	
Estado	
Municipio	Bogota
País	COLOMBIA
Correo electrónico	anaisabeltoroortiz@gmail.com
Teléfono	5675897
Celular	3132428915
Número de fax	

Datos del usuario guardados

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	gonzalo
Celular	3132428915

Refrescar

Ayuda Español (Colombia)

JOTA
018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
TORO	ORTIZ	ANA ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1023878387

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES SEP AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 41 SUR No 3A 24 ESTE

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5675897

EMAIL di-lan-02@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2014
										X	

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	7	2016	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-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: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contratacionvictoria@subredcentrooriente.gov.	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 12 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: UCI Adultos	*DIRECCIÓN*: Diagonal 34 No 5 43	

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	0	7
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

21-12-18 Bogotá

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Isabel Toro O.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-dic-2018

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANA ISABEL TORO ORTIZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1023878387 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 41 SUR No 3A 24 ESTE **Teléfonos** 3132428915 5675897

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LAURA CATALINA BELTRAN TORO	1028665323	HIJO(A)
DILAN ESTABAN QUINTERO TORO	1023874646	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	$ 17.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 17.000.000,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	04515573220	KENNEDY	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	CALLE 55 SUR No. 98C 20	$ 96.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-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 C.C○ C.E○ T.I.○	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

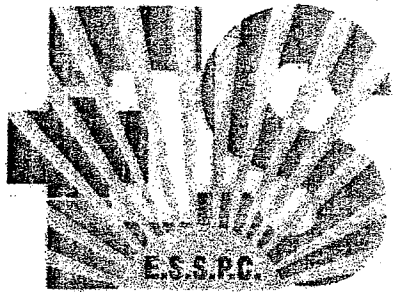
3. FIRMA

Isabel Toro C.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

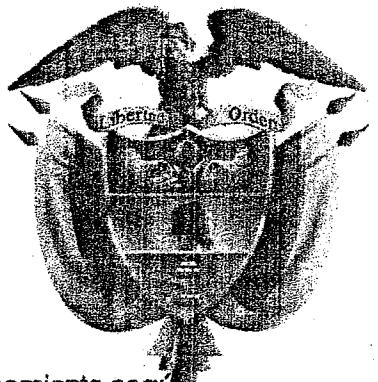


La República de Colombia y en su nombre

La Escuela de Salud

" San Pedro Claver "

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano



Aprobada por la secretaria de educación de Bogotá del Distrito Capital, con la licencia de funcionamiento según Resolución Nº 5069 del 17 de Diciembre de 2007 y con Registro de Programa ante la secretaria de educación de Bogotá, según Resolución Nº 15-022 de Agosto 12 de 2015

Teniendo en cuenta que:

Ana Isabel Toro Ortiz

Identificada(o) con C.C. 1.023.878.387 Bogotá D.C

Ha terminado satisfactoriamente los estudios y cumplió con las exigencias legales del programa

Técnico Laboral por Competencias en:

Auxiliar en Enfermería

Le confiere el presente certificado con Aptitud Ocupacional

Director

Secretaria

Dado en Bogotá, D.C. a los 9 días del mes de Julio de 2016

Anotado al libro de Registro No. 05 Folio 59

La República de Colombia

y en su nombre el

Instituto de Formación Para Jóvenes y Adultos

El Pensamiento de Pitágoras

S B

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Según Resolución No. 019 - 03 del 07 de febrero de 2014

Confiere a:

Ana Isabel Toro Ortiz

C. C. No. 1 023 878 387 de Bogotá

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

EL PENSAMIENTO DE PITÁGORAS
INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA JÓVENES Y ADULTOS

Rector

Secretario

Dado en Bogotá, D.C. el 13 de Diciembre de 2014

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

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de la Protección Social según Acuerdo No. 04 de Noviembre 30 de 1993, No. 118 de Diciembre 23 de 2008 y Las Resoluciones No. 1535 de Abril 14 de 1994, No. 028 de Septiembre 03 de 1998, No. 5069 de Diciembre 17 de 2007, No. 18-083 de Febrero 11 de 2010, No. 15-020 de Abril 01 de 2011, No. 15-022 de 22 de Agosto de 2015, de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Bogotá D.C., a los nueve (09) días del mes de Julio del año 2016 se reunieron con fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos del programa **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, los alumnos, la directora y el secretario en la Dirección de la **ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER SEDE SAN ANTONIO**, institución aprobada por la secretaria de educación de Bogotá del Distrito Capital, con la licencia de funcionamiento según Resolución Nº 5069 del 17 de Diciembre de 2007 y con Registro de Programa ante la secretaria de educación de Bogotá, según Resolución Nº 15-022 de Agosto 12 de 2015 y autorizada para otorgar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL**.

Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería, se procedió a otorgar el Certificado de Aptitud Ocupacional, a los graduandos, cuyos nombres, apellidos y documento de identificación se relacionan a continuación:

ANA ISABEL TORO ORTIZ
C.C. NO. 1.023.878.387 DE BOGOTA D.C.

Es fiel copia tomada del acta original Nº 43 de fecha 09 de Julio del año 2016 que comienza con el nombre **ANA YULIETH ALFONSO BARBOSA** y se cierra con el nombre **LEYDY ZAMUDIO BUSTOS**

Firmado y sellado por **MARIA PATRICIA LOPEZ ROBAYO** (Directora) y por **JAIRO HERNAN FRANCO ROA** (Secretario).

Dado en Bogotá D.C. a los nueve (09) días del mes de Julio de 2016.

MARIA PATRICIA LOPEZ ROBAYO
C.C. 40.367.583 de Villavicencio
Directora

JAIRO HERNAN FRANCO ROA
C.C. 6.775.783 de Tunja
Secretario

Registrado en el Libro No. 03 anotado al Folio No. 59

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Instituto de Formación para Jóvenes y Adultos

EL PENSAMIENTO DE PITÁGORAS

Autorizado por la Secretaria de Educación de Bogotá. D.C. según resolución No. 019-03 del 07 de febrero de 2014. SB.

Inscripción DANE: 311001109419

En la ciudad de Bogotá. D.C. A los doce (12) días del mes de diciembre de Dos Mil catorce (2014), Se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario del Instituto de Formación para Jóvenes y Adultos EL PENSAMIENTO DE PITÁGORAS SB, Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría De Educación Distrital Para Otorgar El titulo de Bachiller Académico según Resolución N° 019-03 del 07 de febrero de 2014.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los Alumnos(as), que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se Procedió a otorgar el

TÍTULO DE
BACHILLER ACADÉMICO

al graduado cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Ana Isabel Toro Ortiz

C.C. 1.023.878.387 de Bogotá.

Es fiel copia tomada del Acta original General N° 001, Folio N°350 de Fecha 13 de diciembre de 2014, que consta de 350 alumnos(as) graduandos: Comienza con el nombre de ALDANA GARCIA JOSE ANTONIO y se cierra con el de ZULUAGA LOPEZ JOSE DAVID.

Firmada y sellada por ELICIO DE JESUS LOPEZ FLECHAS, Rector, ROBERTO GALINDO GONZALEZ, Secretario.

Dada en Bogotá, D.C. A los (13) Días del mes de diciembre del año 2014

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron,

ELICIO DE JESÚS LOPEZ FLECHAS
C.C. No. 9.411.899 de Ubaté

ROBERTO GALINDO GONZALEZ
C.C. No. 19.052.137 de Bogotá

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

"Una Contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"

Aprobada por la secretaria de educación de Bogotá del Distrito Capital, con la licencia de funcionamiento según Resolución Nº 5069 del 17 de Diciembre de 2007 y con Registro de Programa ante la secretaria de educación de Bogotá, según Resolución Nº 15-022 de Agosto 12 de 2015

Certifica que:

ANA ISABEL TORO ORTIZ

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.023.878.387 de BOGOTA D.C.

Aprobó el:

CURSO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - UCI

Se firma en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de Junio de 2016.

Director

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

"Una Contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"
Aprobada por el Ministerio de la Protección Social Según Acuerdo 04 de Noviembre 30 de 1993 y 118 de Diciembre 23 de 2008 y Resolución 1535 de Abril 14de 1994, 5069 del 17 de Diciembre de 2007, 15-083 de Febrero 11 de 2010, 15-020 de Abril 1 de 2011 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital

Certifica que:

ANA ISABEL TORO ORTIZ

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.023.878.387de BOGOTA D.C.

Aprobó el:

CURSO DE ATENCION PREHOSPITALARIA - APH

Se firma en Bogotá D.C., a los 12 días del mes de Junio de 2015.

Director

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:

ANA ISABEL TORO ORTIZ

C.C.: 1023878387

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 Junio de 2017

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

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

UNA CONTRIBICIÓN A LA SALUD Y BIENESTAR DEL PUEBLO COLOMBIANO

APROBADA POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL Y SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA

HACE CONSTAR QUE:

ANA ISABEL TORO ORTIZ

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.023.878.387 de BOGOTA D.C.

DENTRO DEL PROGRAMA TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA POR COMPETENCIAS, ASISTIÓ AL CURSO DE CAPACITACION ESPECIFICA EN EL AREA

AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO

Con una Intensidad de 160 horas.

Director

Bogotá D.C. a los 09 días del mes de Julio de 2016.

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Salud San Pedro Claver
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Ana Isabel Toro Ortiz 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 de Enfermería por Competencia.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Isabel Toro O.

No. de documento: 1023878389

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: Calle 41 sur # 3A 24 Este.

Teléfono: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

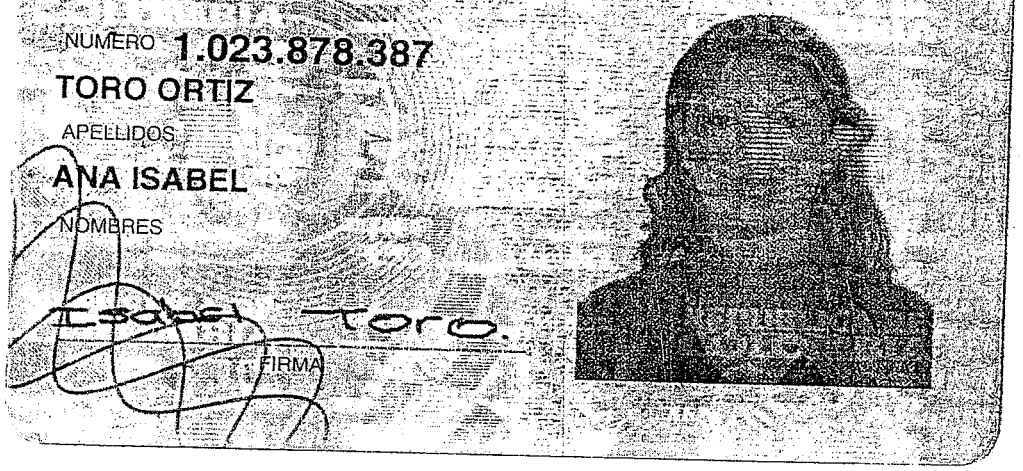
NUMERO 1.023.878.387

TORO ORTIZ

APELLIDOS

ANA ISABEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

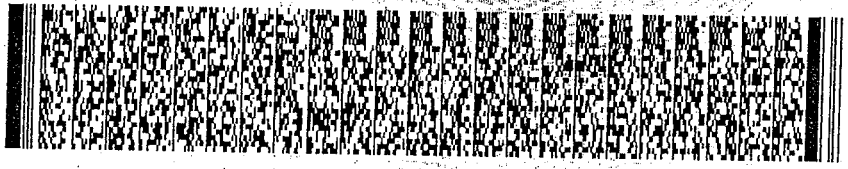
FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1988

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

20-OCT-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00130193-F-1023878387-20081120 0006518183A 1 1170028389

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14392285194

(415)7707212489984(8020) 000001439228519 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1023878387	8	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	1023878387	2006102 0

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORO	ORTIZ	ANA	ISABEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 55 SUR 98 C 20 BL 2 CA 9

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
di-lan-02@hotmail.com		3132428915	

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
8692	2016071 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

20- Obtención NIT

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2016 10 10

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:

Isabel Toro Ortiz
C.C. 1023878387.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: TEHERAN VERGARA OSCAR LORENZO

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 10-10-2016
Hora: 10:46:11 AM

CONTRIBUYENTE CC 1023878387 ANA ISABEL TORO ORTIZ

Información

Dirección	CL 55 SUR 98C 20 BL 2 CA 9
Teléfonos	3132428915
Dirección	di-lan-02@hotmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	10/10/2016
Soporte Inscripción	22756615
Fecha Inicio Actividades	10/07/2016
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **9461** *de* **12/08/2016**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994 y Resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) TORO ORTIZ ANA ISABEL Identificado(a) con CC número 1023878387 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el día 09/07/2016.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a TORO ORTIZ ANA ISABEL identificado(a) con CC número 1023878387 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **12/08/2016**

Original Firmado por:
Annabelle Arbelaez Vélez
Directora de Calidad de
Servicios de Salud
ANABELLE ARBELAEZ VELEZ.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C 15-Septiembre-2016
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Ana Isabel Toro Ortiz
CC. # 1023878387
Firma Isabel Toro Ortiz.

Revisó Sebastián Quiroz L.
Elaboró Victor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.. 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

ISO 9001 Icontec
NTCGP 1000 Icontec
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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 * 1023878387

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-21→11:41:41 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1023878387	ANA	ISABEL	TORO	ORTIZ	**Ver**

Información Detallada [CC: 1023878387] ANA ISABEL TORO ORTIZ

2018-12-21→11:41:41 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016/8/12	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).

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

8288502

Orden No:	**8288502**	Fecha de ingreso:	28-Aug-2018 2:13 pm
Paciente:	**TORO ORTIZ ANA ISABEL**	Fecha de impresion:	01/10/2018
Documento Id:	CC 1023878387	Edad:	29 Años 11 meses 2 dias Sexo F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3132428915
Sede:	ORQUIDEA	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

90304693

Nombre.	**TORO ORTIZ ANA ISABEL**		
Identificacion	CC 1023878387	Tel.	
Edad	29 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	F
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	8288502		

Fecha de recepcion:	03-sep-2018 5:53 pm
Fecha de impresion:	20-sep-2018 8:17 am
Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	03-sep-2018 8:02:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

Andrea Luis

DRA. ELVIANA GISELA DIAZ IBAÑEZ
REG.T. 063 195
BACTERIOLOGA

Evolucionamos como la vida

NIT. 900.095.701-3
Sede Principal: Calle 49 No. 13-60 • PBX. 744 7575 Ext. 2315 - 2316 • Fax. 744 7575 Ext. 2320
Sede Norte: Calle 109 No. 16-91 • Tel. 214 21 14 • Fax. 214 21 04
Sede Centro: Calle 19 No. 10-67 D. Cra. 10 • Tel. 282 7575 • 282 7577 • Fax. 282 7577
Calle 85 No. 12-15 • Tel. 256 3769 • Fax. 257 2019

JUAN PABLO II
CEDI SALUD FAMILIAR - I.P.S. - S.A.S.

CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS S.A.S
Nit. 900031309 - 8
Dirección: Calle 27 Sur 18C 02
Tel: 3661905 / 2392330 / 3665634 / 2395905

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **30/11/2016 10:55:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **ANA ISABEL TORO ORTIZ**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 1023878387**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	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 ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES / EJERCICIO DIARIO / HIGIENE POSTURAL / PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIOS DE RETORNO VENOSO / USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA RIEGO BIOLOGICO SEGÚN PROFESIOGRAMA /PROTECCION VISUAL Y DE MANOS PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS / MANEJO ADECUADO DE INSTRUMENTOS QUIRUGICOS DE PEQUEÑAS Y GRANDES

Ana Karina Gomez N
Esp. Ger. Seguridad y Salud En El Trabajo
Res.13654 Del 29/10/201

ANA KARINA GOMEZ NOVOA
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 36719958 RM: 73205-2003

Trabajador: ANA ISABEL TORO ORTIZ
CC: 1023878387
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

CIRUGIAS / RECOMENDACIONES TRABAJO SEGURO/CONTROL PREVENTIVO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA,Y VACUNAS DE HEPATITIS, TETANO E INFLUENZA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Ana Karina Gomez N
Esp. Ger. Seguridad y Salud
En El Trabajo
Res. 13654 Del 23/10/201

ANA KARINA GOMEZ NOVOA
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 36719958 RM: 73205-2003

Trabajador: ANA ISABEL TORO ORTIZ
CC: 1023878387
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

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:

ANA ISABEL TORO ORTIZ

C.C.: 1023878387

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 Junio de 2017

Martha Yolanda Ruíz 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.

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

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

ANA ISABEL TORO ORTIZ

C.C 1023878387

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 los14 (catorce) días del mes de agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicologia 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

ANA ISABEL TORO ORTIZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.023.878.387

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 once (11) 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

43436432 - 11/05/2017
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, bajo el número 9403001409319CC1023878387C.

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que ANA ISABEL TORO ORTIZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.023.878.387 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de SOPORTE VITAL BASICO con una intensidad horaria de Veinte (20) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los once (11) 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

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 9403001409319CC1023878387E.

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

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

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

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

FECHA:	DIC 20/18	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
Toro	Ortiz	Ana	Isabel

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1023878387	Bogotá	2010-10-20
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
26-09-1988	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐	2	2	3132428915.

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA

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

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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 Integrada Servicios Salud C-Orient

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

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 3A # 54-43	3444484	Bogotá	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	
	Auxiliar Enfermera		01/12/16.

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	—	GASTOS FAMILIARES	660.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	1.524.600	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	800.000
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	96'000.000	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	500.000	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	1524600	TOTAL EGRESOS	1'100.000	TOTAL ACTIVOS	96'000.000	TOTAL PASIVOS	800.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	Gastos Personales		

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar, no vive con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en lugar o Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rojas	Montealegre	Diana	Marcela
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
calle 34 # 1-67 E Apto 202	Bogota/cund/ colombia	Amiga	3102386475

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bancolombia	cuenta Ahorros	45155732 20	Kennedy	3430000

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 Enfermeria

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) 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 comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

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

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

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Isabel Toro O.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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) ANA ISABEL TORO ORTIZ identificado(a) con cedula ciudadania 1.023.878.387 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20171107	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
OSCAR ALIRIO BELTRAN ROMERO	CP	80119287	CC	20171107	0	Activo	147
DILAN ESTEBAN QUINTERO TORO	HI	1023874646	TI	20171107	0	Activo	65
LAURA CATALINA BELTRAN TORO	HI	1028665323	TI	20171107	0	Activo	65

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

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: TRANSACCIONES EN LINEA
10585566

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ANA ISABEL TORO ORTIZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1023878387,** se encuentra afiliado (a) desde **01/04/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO NO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/04/2014	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Colpensiones

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 diciembre/2018
ACTUALIZADO A: 24 diciembre 2018

C 1023878387 ANA ISABEL TORO ORTIZ

[34] Identificación Aportante	[35] Nombre o Razón Social	[36] RA	[37] Período	[38]Fecha De Pago	[39] Referencia de Pago	[40]IBC Reportado	[41]Cotización Pagada	[42]Cotización Mora Sin Intereses	[43] Nov.	[44] Días Rep.	[45] Días Cot.	[46]Observación
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201707	26/07/2017	83C20039306807	$ 737.717	$ 118.400	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201708	25/08/2017	83C20040118700	$ 737.717	$ 118.400	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201709	26/09/2017	83C20040967443	$ 737.717	$ 118.700	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201710	17/10/2017	83C20041639067	$ 737.717	$ 118.100	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201711	14/11/2017	83C20042393603	$ 737.717	$ 118.100	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201712	20/12/2017	83C20043462368	$ 897.000	$ 143.600	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201801	15/01/2018	83C20044101671	$ 915.000	$ 146.400	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201802	26/02/2018	83C20045233542	$ 781.242	$ 125.700	-$ 20.700		30	26	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201803	27/03/2018	83C20046145205	$ 781.242	$ 125.600	-$ 20.800		30	26	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201804	16/04/2018	83C20046812721	$ 781.242	$ 125.000	-$ 21.400		30	26	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201805	21/05/2018	83C20047786411	$ 895.000	$ 143.200	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201806	14/06/2018	83C20048486673	$ 915.000	$ 146.400	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201807	18/07/2018	83C20049510179	$ 915.000	$ 146.400	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201808	21/08/2018	83C20050407205	$ 781.242	$ 125.000	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201809	24/09/2018	83C20051267850	$ 781.242	$ 125.000	$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201810	14/11/2018	83C20052757158	$ 781.242	$ 125.000	-$ 21.400		30	26	Pagó como Trabajador Independiente
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABEL	SI	201811	04/12/2018	83C20053233509	$ 781.242	$ 125.000	-$ 21.400		30	26	Pagó como Trabajador Independiente

DETALLE DE PERIODOS REPORTADOS POR ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO QUE NO COTIZARON AL ISS HOY COLPENSIONES

En el siguiente resumen encontrará el detalle por días, de los ciclos laborados en entidades del sector público que no cotizaron al ISS hoy Colpensiones.

[47] Identificación Empleador	[48] Nombre o Razón Social	[49] RA	[50]Ciclo	[51] Fecha de Pago	[52] Referencia de Pago	[53]Asignación Básica Mensual	[54]Cotización Pagada	[55]Cotización Mora Sin Intereses	[56] Nov.	[57] Días Rep.	[58] Días Cot.	[59]Observación
NO REGISTRA INFORMACIÓN												

Colpensiones

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 diciembre/2018
ACTUALIZADO A: 24 diciembre 2018

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Tipo de Documento:	**Cédula de Ciudadanía**	Fecha de Nacimiento:	**26/09/1988**
Número de Documento:	**1023878387**	Fecha Afiliación:	**01/04/2014**
Nombre:	**ANA ISABEL TORO ORTIZ**	Correo Electrónico:	**di-lan-02@hotmail.com**
Dirección:	**CALLE 41 SUR # 3 A 24 ESTE- LA VICT**	Ubicación:	
Estado Afiliación:	**Activo No cotizante**		

RESUMEN DE SEMANAS COTIZADAS POR EMPLEADOR

En el siguiente reporte encontrará el total de semanas cotizadas a través de cada uno de sus empleadores o de sus propias cotizaciones como trabajador independiente, es decir, las que han sido cotizadas desde enero de 1967 a la fecha. Recuerde que la Historia Laboral representa su vida como trabajador, la que usted ha construido mes a mes y año a año.

[1]Identificación Aportante	[2]Nombre o Razón Social	[3]Desde	[4]Hasta	[5]Último Salario	[6]Semanas	[7]Lic	[8]Sim	[9]Total
830514917	JOSMANTENIMIENTOS LT	01/08/2007	31/08/2007	$260.000	2,43	0,00	0,00	2,43
28098941	AZUCENA LOZADA CASTE	01/05/2008	31/05/2008	$15.000	0,00	0,00	0,00	0,00
830098300	J D R ASISTENCIAMOS	01/11/2013	31/12/2013	$589.000	8,57	0,00	0,00	8,57
830098300	J D R ASISTENCIAMOS	01/01/2014	28/02/2014	$616.000	8,57	0,00	0,00	8,57
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/03/2014	31/03/2014	$616.000	4,29	0,00	0,00	4,29
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/04/2014	31/08/2014	$616.000	21,29	0,00	0,00	21,29
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/09/2014	30/09/2014	$665.000	4,29	0,00	0,00	4,29
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/10/2014	30/11/2014	$616.000	8,57	0,00	0,00	8,57
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/12/2014	31/12/2014	$661.000	4,29	0,00	0,00	4,29
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/01/2015	31/01/2015	$667.000	4,29	0,00	0,00	4,29
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/02/2015	31/05/2015	$650.000	17,14	0,00	0,00	17,14
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/07/2015	31/07/2015	$650.000	4,29	0,00	0,00	4,29
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/08/2015	31/08/2015	$649.000	4,29	0,00	0,00	4,29
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/09/2015	31/12/2015	$650.000	17,14	0,00	0,00	17,14
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/01/2016	31/01/2016	$718.000	4,29	0,00	0,00	4,29
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/02/2016	31/07/2016	$700.000	25,71	0,00	0,00	25,71
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/08/2016	31/08/2016	$890.000	4,29	0,00	0,00	4,29
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/09/2016	31/12/2016	$700.000	17,14	0,00	4,29	12,86
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABE	01/11/2016	31/12/2016	$689.000	4,29	0,00	0,00	4,29
830098300	JDR ASISTENCIAMOS EU	01/01/2017	31/03/2017	$800.000	12,86	0,00	12,86	0,00
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABE	01/01/2017	31/01/2017	$689.455	4,29	0,00	0,00	4,29
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABE	01/02/2017	30/04/2017	$738.000	12,86	0,00	0,00	12,86
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABE	01/05/2017	31/05/2017	$897.000	4,29	0,00	0,00	4,29
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABE	01/06/2017	30/11/2017	$738.000	25,71	0,00	0,00	25,71
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABE	01/12/2017	31/12/2017	$897.000	4,29	0,00	0,00	4,29
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABE	01/01/2018	30/04/2018	$915.000	15,43	0,00	0,00	15,43
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABE	01/05/2018	31/05/2018	$895.000	4,29	0,00	0,00	4,29
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABE	01/06/2018	31/07/2018	$915.000	8,57	0,00	0,00	8,57
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABE	01/08/2018	30/09/2018	$781.242	8,57	0,00	0,00	8,57
1023878387	TORO ORTIZ ANA ISABE	01/10/2018	30/11/2018	$915.000	7,43	0,00	0,00	7,43

[10] TOTAL SEMANAS COTIZADAS: 256,57

[11] SEMANAS COTIZADAS CON TARIFA DE ALTO RIESGO(INCLUIDAS EN EL CAMPO 10 " "TOTAL SEMANAS COTIZADAS"): 0,00

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

1023878387	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Ana	Isabel	Toro	ortiz
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

26-09-1988	Bogotá	Calle 41 sur #3A 24 E	5675897
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Colpensiones	$ 1'524.600
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de Enfermeria	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

di-lan-02@hotmail.com	3132428915.
Correo Electrónico	Celular

Isabel Toro O.	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2624563

Bogotá D.C., 19 de Diciembre de 2018 - 14:58 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTITRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE**

1023878387

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_ZYGZ_5814
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

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 miércoles 19 de diciembre de 2018, a las 14:55:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023878387
Código de Verificación	102387838718121914550 1

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119470680

WEB
14:45:03

Bogotá DC, 19 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) ANA ISABEL TORO ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023878387:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:40:50 horas del 19/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1023878387**
Apellidos y Nombres: **TORO ORTIZ ANA ISABEL**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Referencia Bancaria

Miércoles, 14 de Diciembre de 2016

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANA ISABEL TORO ORTIZ identificado(a) con CC 1023878387, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	04515573220	2013/11/08	CXC PENDIENTES

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Carolina Giraldo G.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario