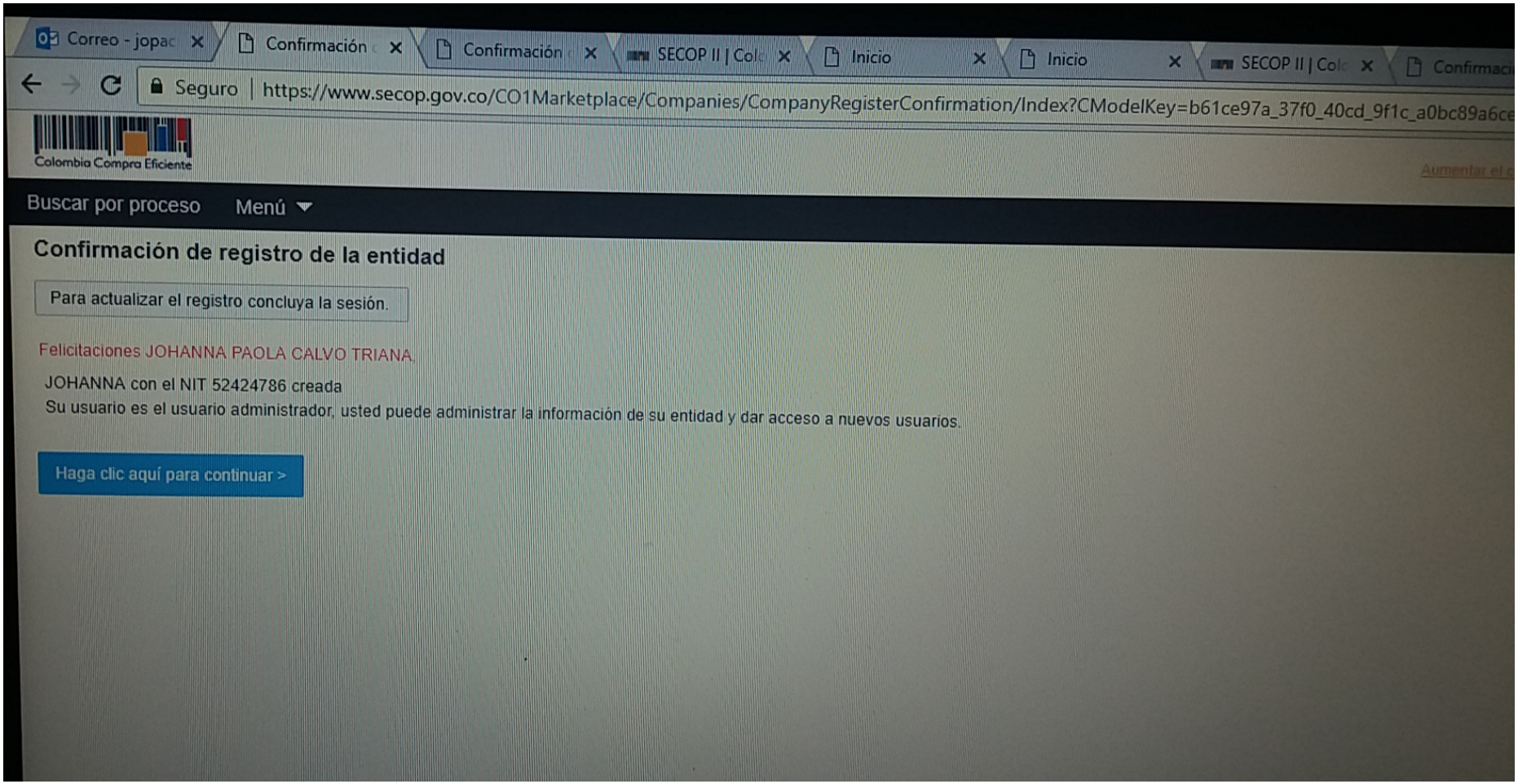

Correo - jopac
Confirmación
Confirmación
SECOP II | Colo
Inicio
Inicio
SECOP II | Colo
Seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=b61ce97a_37f0_40cd_9f1c_a0bc89a6ce
Colombia Compra Eficiente
Buscar por proceso
Menú
Confirmación de registro de la entidad
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA
JOHANNA con el NIT 52424786 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >

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: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CALVO	TRIANA	JOHANNA PAOLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52424786

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES SEP AÑO 1977

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 85 B-53-28

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3123579

EMAIL jopacal18@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* BACHILLERATO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1997
										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*
ES	2	X		EPIDEMIOLOGIA	11	2016	52424786
UN	9	X		TERAPEUTA RESPIRATORIA	12	2004	52424786

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	

Scanned with CamScanner

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: 13-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*	
TELÉFONOS: 3282828	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA RESPIRATORIA	*DEPENDENCIA*: UNIDAD CUIDADO INTENSIVO	*DIRECCIÓN*: CARRERA 15# 1-59- SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SANTA CLARA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: jopacal@hotmail.com	
TELÉFONOS: 3282828	*FECHA DE INGRESO*: DIA 16 MES 1 AÑO 2006	*FECHA DE RETIRO*: DIA 9 MES 1 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA RESPIRATORIA	*DEPENDENCIA*: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	*DIRECCIÓN*: CARRERA 15 1 59 SUR	

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	12	4
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	12	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ 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).

Scanned with CamScanner

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: 13-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

Scanned with CamScanner

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: 05-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52424786 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CARRERA 85 B-53-28 **Teléfonos** 3123579548 3123579

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
BLANCA EDITH TRIANA MORENO	20508283	MADRE

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	$ 42.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 19.400,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 7.800.000,00
TOTAL	$ 49.819.400,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	008400753706	20 DE JULIO	$ 9.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
muebles enseres	muebles	$ 20.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCOS,INMOBILIARIA	CREDITOS, ARRIENDO	$ 25.000.000,00

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

Scanned with CamScanner

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: 05-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
NINGUNA	NO APLICA

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
NINGUNA	NO APLICA

c) En la actualidad: **SI** ○ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ○ C.E ○ T.I. ○	

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
NINGUNA	NINGUNA

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 05-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

"U M B"

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 y CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Johanna Paola Calvo Triana

C.C. No. 52'424.986 Santafé de Bogotá D.C.

EL GRADO

Terapeuta Respiratorio

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.

A LOS 10 DIAS DEL MES Diciembre DE 2004

RECTOR

WALTER JARAMILLO

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL

DIRECTOR DE CARRERA

Scanned with CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Colegio Distrital
Néstor Forero Alcalá

Jornada Mañana

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
según Resolución No. 2505 del 29 de Noviembre de 1991
Confiere a:

Johanna Paola Calvo Triana

C.C. 52.424.786 de Santafé de Bogotá, D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994); según los planes y programas vigentes

Rector

Secretario

Anotado al Folio 006-97 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 42

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 28 de Noviembre de 1997

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

Vocal Líder Ltda.

Scanned with CamScanner

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA

C.C. No. 52.424.786 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., 18 de noviembre de 2016

Rector

Secretario General

Decano

Scanned by CamScanner

Scanned with CamScanner

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN
UMB

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 542 LIBRO No. 4 FOLIO No. 115

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA

C.C.No. 52.424.786 de SANTAFE DE BOGOTA D.C.

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD
RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

TERAPEUTA RESPIRATORIO

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN U.M.B. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 10 DIAS DEL MES DE Diciembr 2004

RECTOR

DIRECTOR DE REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

DIRECTOR DE CARRERA

No. 2027

Scanned with CamScanner

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9 83

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 788

En Bogotá D.C., el 18 de noviembre de 2016 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 114 del 15 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA** con cédula de ciudadanía número 52424786 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante acuerdo 004 del 21 de abril de 1998. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 38, número 49206.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 18 de noviembre de 2016.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General (E)

Scanned by CamScanner

Scanned with CamScanner

HOSPITAL SANTA CLARA
Subred Centro Oriente E.S.E

V SIMPOSIO de Investigación

"EPIDEMIOLOGÍA APLICADA A LA INVESTIGACIÓN EN SALUD"

CERTIFICA QUE:

JOHANNA PAOLA CALVO
C.C. 52.424.786

Asistió al V Simposio de Investigación
"EPIDEMIOLOGÍA APLICADA A LA INVESTIGACIÓN EN SALUD"
Realizado en la ciudad de Bogotá D.C., el día 13 de Mayo de 2016

Dra. Luz Nancy Lotta Rodriguez
Subdirectora Científica

Dra. Martha Yolanda Ruiz Valdez
Gerente Subred
Centro Oriente E.S.E.

Dr. Carlos Enrique Awad García
Líder de Investigación

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SECRETARÍA DE SALUD

Scanned with CamScanner

1ER

Comunidades Aprendientes

Encuentro de Epidemiología
Vigilancia en Salud Pública

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA

Certifica a:

Johanna Paola Fcalvo Triana

C.C. 52424786

Por su participación como asistente a la I Jornada de "Comunidades Aprendientes" :

1er Encuentro de Epidemiología
Vigilancia en Salud Pública

Actividad llevada realizado el día 27 de Enero de 2017, con una intensidad horaria de 8 horas académicas.

Ana Lucia Restrepo Escobar
Secretaria de Salud de Cundinamarca

Luis Alberto García Chaves
Gerente

Paola Andrea Gómez Ramírez
Subgerente Servicios de Salud

Yamile Andrea Pardo López
Unidad de Epidemiologia

HSRF · CUNDINAMARCA unidos podemos más · SECSALUD · Medellín Salud

Scanned with CamScanner

Certificación

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

CERTIFICA A:

JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA

C.C. 52424786

Como asistente al

III CONGRESO DE APOYO TERAPÉUTICO Y REHABILITACIÓN

"UNA MIRADA DIFERENTE"

Con una intensidad horaria de 8 horas

El presente se expide a los **Veintiocho (28) días del mes de Septiembre de 2018**

Martha Yolanda Ruiz Valdés Gerente Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	María Juliana Araujo Onate Jefe de Oficina – Gestión del Conocimiento Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	María Esneda Rocha Gaona Líder Apoyo Terapeutico y Rehabilitación 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

Scanned with CamScanner

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

Bogotá, D.C

Señores

Fundacion Universitaria Manuela Beltran

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

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

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

Profesional en Terapia Respiratoria.

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Johanna Calvo Triana

No de documento: 52424786 Btá.

Tarjeta profesional No.: 52424786

Dirección de contacto: Carrera 85B-#53-28

Teléfono: 3123579548.

Scanned by CamScanner

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

NIT 900959051-7
OFICINA ASESORA JURIDICA

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **CALVO TRIANA JOHANNA PAOLA**, identificado con cédula de ciudadanía **52.424.786**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Santa Clara de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E así:

NºAS240/2006	del	16 de Enero al 31 de Agosto de 2006.
NºAS1165/2006	del	1 al 30 de Septiembre de 2006.
NºAS1718/2006	del	2 de Octubre de 2006 al 1 de Enero de 2007
NºAS363/2007	del	2 de Enero al 30 de Septiembre de 2007.
NºAS1339/2007	del	1 al 31 de Octubre de 2007.
NºAS1963/2007	del	1 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2007.
NºAS366/2008	del	2 de Enero al 30 de junio de 2008.
NºAS1202/2008	del	1 al 31 de julio de 2008
NºAS1782/2008	del	1 de agosto al 31 de diciembre de 2008
NºAS299/2009	del	1 de enero al 30 de junio de 2009
NºAS1250/2009	del	1 de julio al 31 de julio de 2009
NºAS1922/2009	del	11 de agosto al 31 de octubre de 2009
NºAS2481/2009	del	5 de noviembre al 31 de diciembre de 2009
NºAS608/2010	del	25 de enero al 30 de junio de 2010
NºAS1658/2010	del	9 de julio al 31 de agosto de 2010
NºAS2156/2010	del	6 de septiembre al 31 de octubre de 2010
NºAS2844/2010	del	5 de noviembre al 31 de diciembre de 2010
NºAS561/2011	del	5 de enero al 30 de junio de 2011
NºAS1740/2011	del	5 de julio al 30 de septiembre de 2011

	ELABORÓ	REVISÓ	
FIRMA			
NOMBRE	Leidy González velandia	Leidy Velandia Bustamante	
CARGO	Profesional Contratación	Profesional Contratación	

Scanned by CamScanner

Continuación de Certificado CALVO TRIANA JOHANNA PAOLA

NºAS2720/2011	del	10 al 31 de octubre de 2011
NºAS3468/2011	del	11 de noviembre al 31 de diciembre de 2011
NºAS612/2012	del	10 de enero al 30 de septiembre de 2012
AS 1946 2012	del	1 al 31 de octubre de 2012
AS 3189 2012	del	7 al 30 de noviembre de 2012
AS 3902 2012	del	18 al 31 de diciembre de 2012
AS 220 2013	del	01 de enero al 30 de junio de 2013
AS 1719 2013	del	01 de julio al 31 de agosto de 2013
AS 3004 2013	del	03 al 30 de septiembre de 2013
AS 4041 2013	del	07 al 31 de octubre de2013
AS 4915 2013	del	20 de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0516 2014	del	01 de enero al 31 de mayo de 2014
AS 2101 2014	del	03 de junio al 31 de agosto de 2014
AS 3508 2014	del	01 de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 4582 2014	del	01 al 30 de noviembre de 2014
AS 5483 2014	del	30 al 31 de diciembre de 2014
AS 0655 2015	del	02 de enero al 31 de agosto de 2015
AS 2545 2015	del	07 de septiembre al 31 de octubre de 2015
AS 3341 2015	del	06 al 30 de noviembre de 2015
AS 4305 2015	del	01 al 31 de octubre de 2015
AS 4305 2015	del	01 al 31 de diciembre de 2015
AS 0683 2016	del	01 de enero al 30 de noviembre de 2016

	ELABORÓ	REVISÓ	
FIRMA			
NOMBRE	Leidy González velandia	Leidy Velandia Bustamante	
CARGO	Profesional Contratación	Profesional Contratación	

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

NIT [redacted]-7
OFICINA ASESORA JURIDICA

Continuación de certificado de CALVO TRIANA JOHANNA PAOLA

Con Orden de Prestación de Servicios vigente AS 0683 2016, plazo de ejecución del 01 de enero al 30 de noviembre de 2016, honorarios promedio mensuales ($2.896.992) y cuyo objeto es PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO

Se expide la presente certificación a los diecinueve (19) días del mes de octubre dos mil dieciséis (2016) a solicitud del interesado.

GISELLE INGRID FAVA ARIAS
Jefe Oficina Asesora Jurídica

	ELABORÓ	REVISÓ	
FIRMA			
NOMBRE	Leidy González velandia	Leidy Velandia Bustamante	
CARGO	Profesional Contratación	Profesional Contratación	

Scanned by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.424.786

CALVO TRIANA

APELLIDOS

JOHANNA PAOLA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1977
EL PEÑON
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-MAR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00835204-F-0052424786-20160604 0050030175A 1 1273941208

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned by CamScanner

5

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14374375494

(415)7707212489984(8020) 000001437437549 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 4 2 4 7 8 6	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 4 2 4 7 8 6	1 9 9 6 0 3 1 1

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
CALVO	TRIANA	JOHANNA	PAOLA

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 63 C 69 N 28 BRR BOSQUE POPULAR P 2

42. Correo electrónico	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
Jopacal18@hotmail.com		3 1 2 3 5 7 9 5 4 8	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 5 0 8 2 2	4 9 2 1	2 0 1 5 0 6 0 1				2 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

Usuarios aduaneros

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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: GUERRERO BRICEÑO JOHANA CONSTANZA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 21-06-2016 09:31:40AM

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 19-08-2016
Hora: 2:06:25 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 52424786 JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA

Información

Dirección	CL 63 C 69 N 28
Teléfonos	3123579548
Dirección	jopacal18@hotmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	19/08/2016
Soporte Inscripción	14809473
Fecha Inicio Actividades	22/08/2005
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 4921-TRANSPORTE DE PASAJEROS

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.

Scanned by CamScanner

12



Scanned by CamScanner

Secretaria
SALUD
ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTA

Resolución No 10402 de 29/12/2004
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) CALVO TRIANA JOHANNA PAOLA Identificado(a) con CC número 52424786 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de TERAPEUTA RESPIRATORIO (A) otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN -UMB- el día 10/12/2004 y registrado en el libro 4 Folio 115 año 2004

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 CALVO TRIANA JOHANNA PAOLA identificado(a) con CC numero 52424786 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de TERAPEUTA RESPIRATORIO (A) 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 Secretaria 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 codigo contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 29/12/2004

JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS
Director de Desarrollo de Servicios

Bogotá, D.C. 18 ENERO 2005
A la fecha notifique personalmente al señor (a) JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA
CC. # 52424786 BTA
Firma [signature]

Bogotá sin indiferencia

Scanned with CamScanner

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 * 52424786

Primer Nombre * JOHANNA

Primer Apellido * CALVO

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-13→1:00:16 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52424786	JOHANNA	PAOLA	CALVO	TRIANA	Ver

Información Detallada [CC: 52424786] JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA

2018-12-13→1:00:16 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Terapia respiratoria	2004/12/29	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).

Scanned with CamScanner

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

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

8248432

Orden No:	**8248432**	Fecha de ingreso:	24-Aug-2018 7:41 am
Paciente:	**CALVO TRIANA JOHANNA**	Fecha de impresion:	01/10/2018
Documento Id:	CC 52424786	Edad:	40 Años 11 meses 7 dias Sexo F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	52424786
Sede:	ORQUIDEA	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

90303204

Nombre.	CALVO TRIANA JOHANNA PAOLA	Fecha de recepcion:	03-sep-2018 2:29 pm
Identificacion	CC 52424786 Tel.	Fecha de impresion:	17-sep-2018 9:24 am
Edad	40 Años 0 Meses 0 Dias Sexo F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8248432	Fecha Validacion	03-sep-2018 5:20:00p.m. Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	568.0	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

Evolucionamos como la vida

NIT. 830.064.001-1
Sede Principal: Calle 45 No. 13-60 • PBX: 744 7555 Ext. 2315 - 2316 • Fax: 744 7555 Ext. 2325 - 2326
Sede Norte: Calle 187 No. 19-21 • Tel. 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 10-06 Cons. 204 • Tels. 282 2513 - 282 2517 • Fax: 282 2513
Calle 95 No. 12-15 • Tel. 236 1788 • Fax: 257 2012

Scanned with CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional
Régimen COMUN

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000102055

Nit. 900.148264-9 Codigo del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 30/11/2018 08:48:08

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA C.C 52424786

EDAD 41 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR TERAPIA RESPIRATORIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐	Otros ☑
Audiometría	☐	Cuales	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Espirometría	☐	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☑ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA - ORTOPEDIA EPS
USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE MEDIAS ANTIVARICES

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL,
INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR

JohannaCalvo

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Claudia Patricia González S.
Médico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Reg. 11409-2014

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Scanned with CamScanner

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:

JOHANNA CALVO TRIANA

C.C.: 52424786

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

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

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned with CamScanner

EDUCHANDO

LIFE SUPPORT NIT 900832159-7

CERTIFICA QUE:

JOHANA PAOLA CALVO TRIANA

C.C. 52424786

ASISTIO Y APROBO a satisfacción el curso Teórico Práctico de **SOPORTE VITAL AVANZADO Y BÁSICO.** Con una intensidad de 48 Horas, conforme a lo estipulado en la Resolución 2003 de 2014, y las Guías **AHA** 2015, y 2017 para ADVANCE CARDIOLOGY LIFE SUPPORT.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 2888/07, Min Educación, Resolución 2003/14 Min. Protección
Esta certificación tiene una validez de 2 Años, a partir de la fecha de expedición, según la ley Colombiana, y se expide en Tunja el 3 de diciembre de 2018.

SI requiere verificación escribanos avellafrench@yahoo.es

JUAN PABLO AVELLA FRENCH
GERENTE EDUCANDO LIFE SUPPORT

Scanned with CamScanner

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
ESTRATEGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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

FECHA:		CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO	Cundinamarca

Distiguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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		
Calvo	Tiana	Johanna	Paola		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒	CE ☐	RC ☐	NUIP ☐	52424786	Bogota	11-03-1996
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
17-09-77	El Peñon Cundinamarca	Colombia	Colombiana

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

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kr 8 SB # 53-28	Bogota	Cundinamarca	Colombia	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒
Jopaca1888@gmail.com				

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☐	CE ☐	RC ☐	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 ☒ NO ☐	IVA	SI ☐	NO ☒		8692
		ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

Scanned with CamScanner

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

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

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

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

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

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

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
D19-34-10-45	3444484	Bogota	Cundinamarca	cuanta
CARGO ACTUAL	terapeuta Respiratoria		FECHA VINCULACION	08-2016

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	28000000	ARRIENDOS	715.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	3'000000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	1'200 000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	28000000	TOTAL EGRESOS	1'500$000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	300$0 000

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rojas	Alvarez	Yesika	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Kra72B#19-70	Bogota	Amiga	3118523307

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	ahorros	0084007537	20 Julio	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion 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 Anticorrupcion".

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

Terapeuta Respiratoria

Scanned with CamScanner

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

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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital
4. Fotocopia del documento de identificacion ampliada al 150%
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico
NOTA: Todos los ingresos de inverso 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 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 proteccion 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 tecnico 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 autorizacion, entiendase 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, telefono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, contratada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada

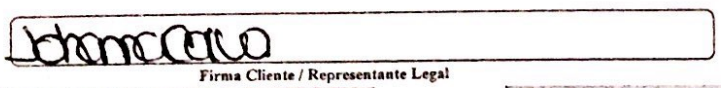
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende 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 accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboracion de estudios técnicos, estadisticas, encuestas, analisis 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 terminos 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 personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y 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, Fatecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada, para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la seleccion de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento
5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definicion 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 consideracion que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Basica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas
6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios 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 autorizo, 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



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:			

Scanned with CamScanner

DIAN

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113608461276

(415)7707212489984(8020)0002113608461276

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12 Cod. Dirección seccional
52424786	1	CALVO	TRIANA	JOHANNA	PAOLA	32

24. Actividad económica: 4921 | Si es una corrección indique: | 25 Cód. | 26. No. Formulario anterior | 27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X") | 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X")

Patrimonio

Patrimonio bruto	29	82,000,000
Deudas	30	14,527,000
Total patrimonio líquido	31	67,473,000

Rentas de trabajo

Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	0
Ingresos no constitutivos de renta	33	0
Renta líquida	34	0
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	0
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	0
Renta líquida cedular de trabajo	37	0

Renta de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
Ingresos no constitutivos de renta	39	0
Renta líquida	40	0
Rentas exentas de pensiones	41	0
Renta líquida cedular de pensiones	42	0

Rentas de capital

Ingresos brutos rentas de capital	43	0
Ingresos no constitutivos de renta	44	0
Costos y gastos procedentes	45	0
Renta líquida	46	0
Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	49	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	50	0
Pérdida líquida del ejercicio	51	0
Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
Renta líquida cedular de capital	53	0

Rentas no laborales

Ingresos brutos rentas no laborales	54	36,178,000
Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
Ingresos no constitutivos de renta	56	5,975,000
Costos y gastos procedentes	57	11,184,000
Renta líquida	58	19,019,000
Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	61	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	62	19,019,000
Pérdida líquida del ejercicio	63	0
Compensaciones	64	0
Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
Renta líquida cedular no laboral	66	19,019,000

Renta por dividendos y participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
Ingresos no constitutivos de renta	68	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	69	0
1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
Rentas exentas de la casilla 72	73	0
Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	74	0

Renta

Total rentas líquidas cedulares	75	19,019,000
Renta presuntiva	76	2,516,000

Ganancia Ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
Costos por ganancias ocasionales	78	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
Ganancias ocasionales gravables	80	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	0
	De capital y no laborales	82	0
	Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a. Subcédula	84	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas cedulares		86	0
Impuesto sobre la renta presuntiva		87	0
Total impuesto sobre la renta líquida		88	0
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Donaciones	90	0
	Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	92	0
Impuesto neto de renta		93	0
Impuesto de ganancias ocasionales		94	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales		95	0
Total impuesto a cargo		96	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior		97	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación		98	0
Retenciones año gravable a declarar		99	0
Anticipo renta para el año gravable siguiente		100	0
Saldo a pagar por impuesto		101	0
Sanciones		102	0
Total saldo a pagar		103	0
Total saldo a favor		104	0

(415)7707212489984(8020)137563000000524247860400(3900)00000000000000(96)20180821

105. No. Identificación signatario | 106. DV | 107. No. Identificación dependiente | 108. Parentesco

981. Cód. Representación | Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador | Firma contador | 984. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional: 201817206383 24

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

Banco Caja Social 033
BOSA
21 AGO 2018
RECIBIDO SIN PAGO
Caja 1 J.N.

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

Scanned with CamScanner

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52424786
NOMBRES Y APELLIDOS	Calvo Triana,Johanna Paola
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Calvo Triana,Johanna Paola, a los 27 días del mes de noviembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Scanned with CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CALVO TRIANA JOHANNA PAOLA** identificado(a) con **CC** número **52.424.786** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de enero de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de noviembre 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 clientes@proteccion.com.co

2018112919592

Scanned with CamScanner

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

52424786		Seguros Bolivar.	
Numero de Documento		ARL	
Johanna	Paola	Calvo	Tiang
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
17-09-1977	el peñon	Kr 85B #53-28	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
sanitas	Proteccion	$	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Terapeuta Respiratoria			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
Jopacal188@gmail.com		3123579548	
Correo Electrónico		Celular	

Firma del Afliado

MAARIA ESNEDA ROCHA GAONA
Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 41920114

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

Scanned with CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118470364

WEB
20:38:12
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de noviembre 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) JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52424786:

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.

Scanned with CamScanner

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 27 de noviembre de 2018, a las 20:36:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52424786
Código de Verificación	52424786181127203626

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

Scanned with CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2563186

Bogotá D.C., 27 de Noviembre de 2018 - 20:39 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) **JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS** de BOGOTA D.C.

52424786

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 Jazmín 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.

Scanned with CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 20:40:52 horas del 27/11/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52424786**
Apellidos y Nombres: **CALVO TRIANA JOHANNA PAOLA**

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

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

Carrera 7ª Nº 18 - 47 (Palacio de Nariño). Bogotá D.C.
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
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail
lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados

Scanned with CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACIÓN

Bogotá **2018/11/29**
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JOHANNA PAOLA CALVO TRIANA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52424786** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número:	**008400753706**
Fecha apertura:	**2016/09/05**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1Rev 4 - 06

Scanned with CamScanner