

crear frases de amor - B... x (1) WhatsApp x Activación de su registro x Confirmación de registro x SECOP II | Colombia Com x

Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=a7c7e8f0_dcb5_4b3f_a4f1_c514fdca6c45.6032df44... ☆

Aplicaciones (41) Glue70 - Casin (5) Ver Dragon Ball Super Free 2 Play Games |

Colombia Compra Eficiente Aumentar el contraste UTC-5 10:31:13

Buscar por proceso Menú Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

le de página: 14001741 Ayuda ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Monica Johana Casas Rodríguez,
Monica Johana Casas Rodríguez con el NIT 1053322707 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 >

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 Chat en línea

97017a30-b6f2-49...jpg fd915ec8-0d3f-43...jpg

Mostrar todo x

Escribe aquí para buscar

10:31 17/11/2017



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital -
DASCD

SIDEAPO

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-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 HOSPITAL SANTA CLARA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2006		FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO TECNICO AUXILIARDE ENFERMERIA	DEPENDENCIA URGENCIAS ADULTO	DIRECCIÓN CR 15 NA 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	9	11
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	11

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Denisse Yolandra Casas &
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

Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital -
DASCD

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RODRIGUEZ	NOMBRES MONICA JOHANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1053322707	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 30 MES NOV AÑO 1985 PAÍS Colombia DEPTO Boyacá CIUDAD Chiquinquirá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CR 8A N 11-84 SUR PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 3144033826 EMAIL mon_casas@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO	BACHILLER ACADÉMICO		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2004

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	6 2006	1053322707



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital -
DASCD

SIDEAP 
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

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

Bogotá 12 Dic / 2018
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MONICA JOHANA CASAS RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1053322707 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Cundinamarca

Municipio Soacha

Dirección CR 8A N 11-84 SUR

Teléfonos 3144033826 3144033826

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARMEN CECILIA RODRIGUEZ	39547896	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	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 18.288.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 18.288.000,00

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
banco de bogota	ahorros	102-59694-0	av primera	\$ 1.200,00

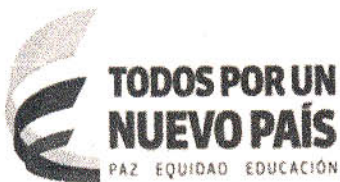
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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

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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Departamento Administrativo del Servicio
Civil Distrital - DASCD

SIDEAP

Última Actualización: 12-dic-2018

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

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

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	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 ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Yonica Johanna Casas R
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre la

"Escuela Normal Superior"

Itabuyá - Itapúa

Acreditada previamente por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 2560 del 29 de Septiembre de 2000

Resolución No. 2412 del 19 de Octubre de 2004 expedida por la
Secretaría de Educación de Itapúa

Confiere a:

Mónica Johanna Casas Rodríguez

C.C. 1.053.322.707 de Chiquinquirá

el Título de:

Bachiller Académico
con Profundización en Educación

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

Rector

Secretario



[Firma]
Cap. Javier Vicente Espinosa Rodríguez

[Firma]
Dpto. Itapúa

Acta de Graduación No. 01 Fecha 10-12 de 2004

Dado en Saloya a 10 de Diciembre de 2004

No requiere registro, "según Decreto No. 021 del 6 de Mayo de 1994,
y 2130 del 5 de Noviembre de 1993"

Fue



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
"FUSDESA"

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

Que : Casas Rodríguez Mónica Johanna

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

Técnico Laboral en

AUXILIAR DE ENFERMERIA



Roberto Salgado

Presidente
Roberto Salgado S.



Lila Daneth Cárdenas Ramírez

Directora Académica
Lila Daneth Cárdenas Ramírez

Dado en Bogotá D.C., A los 17 días del mes de Junio de 2006
Anotado en el folio 4493 del libro 04 del Registro de Fusdesa



DANE: 215632000592

INSCRIPCIÓN SEB 0771268

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

ESCUELA NORMAL SUPERIOR SABOYA - BOYACA

En la ciudad de Saboyá a los 10 días del mes de febrero del año 2004, se reunieron los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de la Escuela Normal Superior de Saboyá, con el fin de formalizar la graduación de un estudiante del grado Once.

Institución acreditada previamente por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No 2566 del 29 de septiembre del 2000 y Resolución No 2412 del 19 de octubre del 2004 expedida por la secretaria de Educación Recreación y Deporte de Boyacá.

Comprobada la situación Legal y académica del estudiante que curso y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de: BACHILLER ACADEMICO CON PROFUNDIZACION EN EDUCACIÓN al graduando cuyo nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

MONICA JOHANNA CASAS RODRÍGUEZ Cédula No 1.053.322.707 Chiquinquirá

Es fiel copia tomada del acta original No 01 de fecha 10-12-2004. Que consta de 34 estudiantes que comienza con el nombre de: Jose Hilvar Abril Roncancio y cierra con el nombre de: Jimmy Antonio Torres Laiton.

Firmado por: JAIRO VICENTE CIFUENTES RODRÍGUEZ

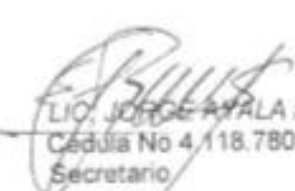
Rector

Y JORGE AYALA ROSAS

Secretario

Dado en Saboyá a los 10 días del mes de diciembre de 2004


ESP: JAIRO VICENTE CIFUENTES RODRÍGUEZ
Cédula No 7.302.252 Chiquinquirá
Rector


LIC. JORGE AYALA ROSAS
Cédula No 4.118.780 Fira/ba
Secretario



FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
"FUSDESA"

Apoderada del Ministerio de Salud de la ciudad de Bogotá por el D de Policía de 1995 y la Ley de Excepciones No. 100 del 22 de Abril de 1995, Entidad de la Secretaría de Educación de Bogotá de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 015

En Bogotá, D.C. el día 8 de Enero del Año dos mil seis (2006), se Reunieron en el subsede de la Entidad de Salud FUSDESA, el Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el Cargo de Docentes para el momento de adoptar la lista anexa a

ACTA INDIVIDUAL No. 4493

CASAS RODRÍGUEZ MÓNICA JOHANNA

C.C. 1.055.322.707 de Chiquinquirá

El certificado que lo (a) acredita como:

**Técnico Laboral
Auxiliar de Enfermería**

Para haber cumplido los requisitos académicos y los pagos de arrendamiento, conforme a disposiciones de la Ley con una cantidad de 1.500 horas.

Para reconocer a través de presente en Bogotá, D.C. a los Docentes (P) (C) (A) del día 8 de Enero del año dos mil seis (2006).



Presidente
Roberto Galindo G.



Directora Académica
Lila Yaneth Ciccia Ramirez



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MONICA JOHANNA CASAS RODRIGUEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.053.322.707

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACION EN ATENCION AL CLIENTE

Con una duración de 20 Horas

En testimonio de lo anterior se firmó en Bogotá D. C. a los Veinte (20) días del mes de Agosto de Dos Mil Ocho (2008)

GERARDO MUÑOZ MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRICTO CAPITAL

SGCT006AP00428 20/08/2008
No Y FECHA DE REGISTRO

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E</p>	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

Escuela de Salud "FUSDESA"

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Mónica Johanna Casas Rodríguez, 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:

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento:

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Teléfono:

Mónica Johanna Casas R
1053322707
1053322707
c/1 do sur #6-04
314 403 38 26



SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Centro Oriente - Subred Centro Oriente E.S.E

Diagonal 34 5-43

Código Postal 11031174

Teléfono: 3444484

NIT: 830077644-5

www.escentrooriente.gov.co

subcentrooriente@saludcapital.gov.co





LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **MONICA JOHANA CASAS RODRIGUEZ**, identificada con CC. N° 1.053.322.707, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

AS 1304 2006	del	01 al 30 de septiembre de 2006
AS 1877 2006	del	02 al 31 de octubre de 2006
AS 1951 2006	del	01 de noviembre de 2006 al 1 de enero de 2007
AS 517 2007	del	02 de enero al 30 de septiembre de 2007
AS 1476 2007	del	01 al 31 de octubre de 2007
AS 2102 2007	del	01 de noviembre al 31 de diciembre de 2007
AS 051 2008	del	02 de enero al 30 de junio de 2008
AS 821 2008	del	01 al 31 de julio de 2008
AS 1934 2008	del	01 de agosto al 31 de diciembre de 2008
AS 424 2009	del	01 de enero al 30 de junio de 2009
AS 1151 2009	del	01 al 31 de julio de 2009
AS 1828 2009	del	11 de agosto al 31 de diciembre de 2009
AS 101 2010	del	12 de enero al 30 de junio de 2010
AS 1345 2010	del	09 de julio al 31 de agosto de 2010
AS 1905 2010	del	06 de septiembre al 31 de octubre de 2010
AS 2535 2010	del	05 de noviembre al 31 de diciembre de 2010
AS 178 2011	del	05 de enero al 30 de junio de 2011
AS 1371 2011	del	05 de julio al 30 de septiembre de 2011
AS 2116 2011	del	10 al 31 de octubre de 2011
AS 2875 2011	del	11 de noviembre al 31 de diciembre de 2011
AS 103 2012	del	10 de enero al 30 de septiembre de 2012
AS 2160 2012	del	01 al 31 de octubre de 2012
AS 2747 2012	del	02 al 30 de noviembre de 2012
AS 3443 2012	del	01 al 31 de diciembre de 2012
AS 324 2013	del	01 de enero al 30 de junio de 2013
AS 1799 2013	del	01 de julio al 31 de agosto de 2013
AS 2647 2013	del	01 al 30 de septiembre de 2013
AS 3573 2013	del	07 al 31 de octubre de 2013
AS 4369 2013	del	20 de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0706 2014	del	16 de enero al 31 de mayo de 2014
AS 1525 2014	del	03 de junio al 30 de agosto de 2014
AS 2925 2014	del	01 de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 3996 2014	del	01 al 30 de noviembre de 2014
AS 4892 2014	del	15 al 31 de diciembre de 2014
AS 0080 2015	del	02 de enero al 28 de febrero de 2015
AS 1107 2015	del	04 de marzo al 31 de agosto de 2015
AS 1971 2015	del	07 de septiembre al 30 de noviembre de 2015
AS 3695 2015	del	01 al 31 de diciembre de 2015
AS 0227 2016	del	01 de enero de 2016 al 09 de enero de 2017
PS-1141-2017	del	10 de enero al 31 de octubre de 2017



Con orden de prestación de servicios vigente PS-1141-2017, plazo de ejecución del 10 de enero al 31 de octubre de 2017, honorarios promedio mensuales (\$ 1.550.000).

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1. Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. 2 Realizar las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperación del paciente. 3. Diligenciar los registros de enfermería para dejar evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas. 4. Aplicar los protocolos establecidos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias. 5. Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico. 6. Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalización para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. 7. Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad. 8. Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y supervisar la fecha de vencimiento de los insumos contenidos en el carro de paro e informar el estado y pérdida de cualquier bien a la instancia respectiva para tomar medidas oportunas. 9. Preparar la logística requerida por el equipo de salud para brindar atención integral al paciente en consulta externa, urgencias y hospitalización. 10. Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. 11. Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 26 días del mes de octubre de 2017.

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 2880519 o dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación OPS
Proyecto: Adonay Neira Jolro-Apoyo Administrativo OPS

Diagonal 34 No.5-43
Código Postal: 110311
Teléfono: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.322.707

CASAS RODRIGUEZ
APELLIDOS

MONICA JOHANNA
NOMBRES

Mónica P Casas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)

30-NOV-1985

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46

ESTATURA

O+

G.S. RH

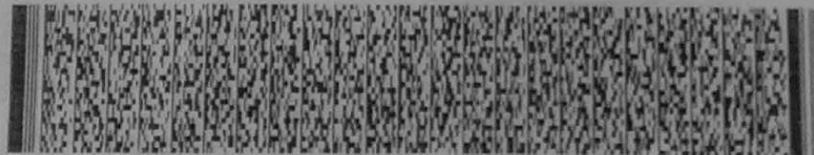
F

SEXO

24-MAR-2004 CHIQUINQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Albuquerque
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-0706700-33130861-F-1053322707-20041110

01180 04315A 02 156940350

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14438543119



(415)7707212489984(8020)0000014438543119

5. Número de identificación Tributaria (NIT):

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 5 3 3 2 2 7 0 7

4

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 5 3 3 2 2 7 0 7

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 0 3 2 4

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Boyacá

1 5

30. Ciudad/Municipio:

Chiquinquirá

1 7 6

31. Primer apellido

CASAS

32. Segundo apellido

RODRIGUEZ

33. Primer nombre

MONICA

34. Otros nombres

JOHANNA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 10 SUR 6 04 BRR SANTA ANA

42. Correo electrónico:

mon_casas@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 4 4 0 3 3 8 2 6

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

52. Número establecimientos

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código:

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 6 0 9 2 6

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1

2

51. Código

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 7 1 1 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 CASAS RODRIGUEZ MONICA JOHANNA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1053322707-4 MONICA JOHANNA CASAS RODRIGUEZ

Información General

Dirección CL 10 SUR 6 04 BRR SANTA ANA

Teléfonos 3144033826

Dirección electrónica mon_casas@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/08/2016

Soporte Inscripción 21948958

Fecha Inicio Actividades 26/09/2006

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002392803

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

 MONICA JOHANNA
CASAS RODRIGUEZ
C.C. o C.E. 1053322707


SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA


Expedición 30/10/2006



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA, D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 8612 de 26/09/2006

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CASAS RODRIGUEZ MONICA JOHANNA Identificado(a) con CC número 1053322707 expedida en CHIQUEQUIRA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 17/06/2006 y registrado en el libro 4 Folio 4493 año 2006
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a CASAS RODRIGUEZ MONICA JOHANNA identificado(a) con CC número 1053322707 expedida en CHIQUEQUIRA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 26/09/2006

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

Directora de Desarrollo de Servicios.

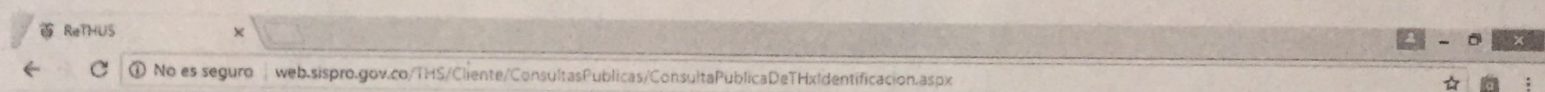
Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C. 30 oct / 2006

A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Mónica Johanna Casas
CC. # 1053322707

Firma [Firma]

Bogotá sin indiferencia



ReTHUS

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

Tipo de identificación *

Número de identificación *

Cédula de Ciudadanía

1053322707

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
LABORATORIO CLINICO



8228283

Orden No: 8228283
Paciente: CASAS RODRIGUEZ MONICA JOHANA
Documento Id: CC 1053322707
E.P.S.: HOS-USAQUEN
Sede: USAQUEN
Servicio: CONSULTA EXTERNA.

Fecha de ingreso: 22-Aug-2018 9:00 am
Fecha de impresion: 28/09/2018
Edad: 43 Años 8 meses 23 días Sexo F
Telefono: 3144033826
Cama:
Procedencia:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

ANEXOS



LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
EN BOGOTÁ



90303086

Nombre: CASAS RODRIGUEZ MONICA JOHANA
Identificación: CC 1053322707 Tel:
Edad: 43 Años 8 Meses 0 Días Sexo: F
Medico: MEDICOS VARIOS
No. Ordenamiento: 8228283

Fecha de recepción: 03-sep-2018 2:14 pm
Fecha de impresión: 14-sep-2018 9:42 am
Empresa: ANALISIS TECNICOS LTDA
Sede: REFERENCIA
Fecha Validación: 03-sep-2018 9:24:00 pm.

Copia

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

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 9 mIU/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mIU/ml
Reactivo: Mayor de 11 mIU/ml

Andrés Luis
ANALISIS TECNICOS LTDA

Enrique
DR. ENRIQUE GARCIA GONZALEZ
M.D. - 3557127
EN FORTALEZA

Evolucionamos como la vida

Code Principal: Calle 45 No. 15401 - PBX: 744 7000 Ext. 2510 - 2511 - 2512 - 2513 - Fax: 744 7100 Ext. 2520 - 2521
Code Radiol: Calle 45 No. 15401 - PBX: 744 7000 - Fax: 744 7100
Code Control: Calle 45 No. 15401 - PBX: 744 7000 - Fax: 744 7100
Code Control: Calle 45 No. 15401 - PBX: 744 7000 - Fax: 744 7100

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Monica Johana**
Apellidos: **Casos Rodriguez**
Documento de identidad: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte No. **1053322907**
Fecha de Nacimiento: Día **30** Mes **11** Año **1983**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	03 MAYO 2017	IP8 BOSA	
	2	24 NOV 2017	D2300 Hedy	
	3	24 NOV 2017	24-11-2017	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	24 NOV 2017	143403301 Hedy	
	2	05-07-2018	143403303	
	3			
	R			

VACUNACIÓN
C.O.B. 11001357202
Estrategia Rojo

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		17 JUN. 2017	P3A53 IPS BOSA	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
		17 JUN. 2017	IP8 BOSA	

DPIA

VACUNACIÓN
C.O.B. 11001357202
Estrategia Rojo



Dr. EDGARDO ROMERO R.
ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL
RM: 1980 SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA
NIT 3726903-1
EXAMENES DE INGRESO PERIÓDICO - RETIRO
CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 21 Julio / 2016

MOTIVO DE EVALUACIÓN:

INGRESO ☒ PERIÓDICO ☐ RETIRO ☐ TRABAJO EN ALTURAS ☐

Es suscrito médico especialista en Salud Ocupacional, hace constar que en la fecha ha realizado evaluación médica a:

NOMBRE: Monica Johanna Casas Rodriguez
C.C.: 1053322707 DIRECCIÓN: Kusa Af 11-848m TELÉFONO: 3144033826

EVALUACIONES REALIZADAS

Examen médico ☒
Audiometría NO
Visiometría NO
Laboratorio Clínico NO

NOMBRE DE LA EMPRESA: Hospital Santa Clara

CARGO: aux de enfermería

CONCEPTO MÉDICO

Apto sin restricciones ☒
Apto con restricciones ☐
No Apto ☐

RECOMENDACIONES: Un épp. Higiene posterior
Quem Acto

Remisión a: _____

[Firma]
FIRMA DEL PROFESIONAL

[Firma]
FIRMA DEL TRABAJADOR 1053322707



HUELLA

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:

MONICA JOHANA CASAS RODRIGUEZ

C.C.: 1053322707

Asistió a la capacitación en:

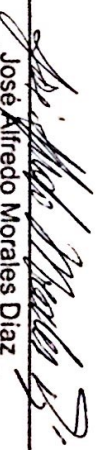
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

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


Martha Ylandia 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.



SISTEMA INTEGRAL DE EMERGENCIAS

N.I.T. 830. 067.206 - 1

CERTIFICA QUE

MONICA JOHANNA CASAS RODRIGUEZ
C.C. 1.053.322.707

Ha completado satisfactoriamente el Curso - Taller de Entrenamiento **SOPORTE VITAL BASICO** con una intensidad de (20) veinte Horas, basado en los requerimientos de la Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de Protección Social. Incluye Actualización en Reanimación Cardiopulmonar basado en guías AHA 2010.


ROLANDO TORRES AGUILERA
DIRECTOR




JORDY MORA
ASISTENTE ADMINISTRATIVO

NIT 830.067.206
BOGOTA D.C. 08 Y 09 DE DICIEMBRE DE 2018

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

FECHA: 2018-12-17 **CIUDAD:** BOGOTÁ **DEPARTAMENTO:** CUNDINAMARCA
 Distinguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas 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
CASAS	RODRIGUEZ	MONICA	JOHANA

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐	1053322707	CHIQUEQUIRA	2004-03-24

PASAPORTE ☐ **OTRO** ☐ **ES RESIDENTE EN COLOMBIA?** SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1985-11-30	CHIQUEQUIRA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASA ☐ DIVORC(A) ☐ UNION LIBRE ☐	1	1	3144033826

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ **POSGRADO** ☐ **UNIVERSITARIO** ☐ **BACHILLER** ☐ **PRIMARIA** ☐ **TECNICO** ☒ **CUAL**

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 10 SUR #6 -04	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3144033826

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
mon_casas@hotmail.com	NO APLICA	PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A	N/A	N/A	N/A

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐	N/A	N/A	N/A

PASAPORTE ☐ **OTRO** ☐ **CUAL:** **ES RESIDENTE EN COLOMBIA?** SI ☐ NO ☒ **NACIONALIDAD** N/A

 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	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:							
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>			
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐				
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐					
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒	CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA		
			ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐		
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR		SI ☐ NO ☒
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA				
SI ☐ NO ☒	S ☐ NO ☐		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE				
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	SERVICIOS	SALUD ☒	# NIT	900 959 051	
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	ANCIERA	TRANSPORTE ☐	ECOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: <input type="text"/>						
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	PAIS	
CRA 5 # 33 A 45		3444484	BOGOTA		CUNDINAMARCA	COLOMBIA	
CARGO ACTUAL		AUXILIAR DE ENFERMERIA			FECHA VINCULACION	2003-06-09	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD	
N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	\$ 200.000	AHORROS	\$ 50.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	\$ 1.524.000	ARRENDOS	\$ 400.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	\$ 15.000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 400.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 1.524.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.000.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 50.000	TOTAL PASIVOS	\$ 15.000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
N/A		N/A		N/A		N/A	
6. REFERENCIAS PERSONALES							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
BARROS	GARCIA		LILIANA		DEL CARMEN		
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR		
CALLE 20 SUR N. 53 A 18	BOGOTA		AMIGA		3158940255		
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO		
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORROS		102596940	AV. PRIMERA	3820000		
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS							
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	CUAL: <input type="text"/>		

 <p style="font-size: small;">Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>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</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS		
<p>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".</p>		
<p>1. Que los recursos que entregue y entregue a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: 60%;"> EJERCICIO EN PROFESION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA </div>		
<p>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)</p> <p>3. No admitir 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 efectuar transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas</p> <p>4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas</p> <p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma</p> <p>6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo</p> <p>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</p>		
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>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</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante</p> <p>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</p> <p>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</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el RUT Distrital</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público</p> <p>NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)</p>		
<p>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.</p>		
CONSIDERACIONES		
<p>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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo</p> <p>2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente</p>		

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En 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 mí.

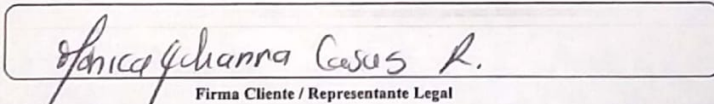
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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 jurídica legalmente autorizada para la administración 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


 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	

XL INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Certificación Semanas de Cotización

La Señora Monica Johanna Casas Rodriguez , identificada con Cédula Ciudadanía 1.053.322.707, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

Información del Afiliado:

Nombre: Monica Johanna Casas Rodriguez
 Número de identificación: 1053322707
 Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): 08/05/2007
 Estado actual: VIGENTES
 Fecha de retiro:
 Dirección actual de residencia: cr 8 a 11 -84 sur
 Teléfono actual de residencia: 0
 Nombre de Régimen: CONTRIBUTIVO

Tipo Identificación: Cédula Ciudadanía
 Tipo de afiliado: COTIZANTE
 Razón de estado: Al día - empleador pago al día
 Semanas Cotizadas cotizante: 578
 Municipio residencia: Bogotá D.C.
 Depto. Residencia: Bogota D.C.

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
1053322707	CASAS RODRIGUEZ MONICA JOHANNA	01/11/2006	

Información de los beneficiarios:

Tipo de afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Semanas
BENEFICIARIO	1033120317	RC	juan sebastian perez casas	29/07/2017	VIGENTES		90

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 8 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

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

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

CORDIALMENTE



NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MONICA JOHANNA CASAS RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 1.053.322.707, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 08 de diciembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

105 3322707

Numero de Documento

Bolivar

ARL

Mónica

Primer Nombre

Johanna

Segundo Nombre

Casas

Primer Apellido

Rodriguez

Segundo Apellido

30 NOV/1985

F. Nacimiento dd/mm/aa

chiquinquirá

Ciudad de Nacimiento

cl 20 sur # 6-04

Dirección de Residencia

0

Teléfono Fijo

Cruz Blanca

EPS - Salud

colfondos

AFP - Pensiones

\$ 1.524.000

Honorarios

Auxiliar De enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

mon_casas@hotmail.com

Correo Electrónico

314 4033826

Celular

Mónica Johanna Casas R

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118956820



WEB

03:12:38

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 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) MONICA JOHANNA CASAS RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1053322707:

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.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 08 de diciembre de 2018, a las 02:08:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1053322707
Código de Verificación	1053322707181208020825

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



Bogotá D.C., 8 de Diciembre de 2018 - 2:14 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MONICA JOHANNA CASAS RODRIGUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL CINCUENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS SIETE** de CHIQUINQUIRA

1053322707

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 figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_58RWC_132**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:17:24 horas del 08/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1053322707**

Apellidos y Nombres: **CASAS RODRIGUEZ MONICA JOHANNA**

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.

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CASAS RODRIGUEZ, MONICA JOHANNA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.053.322.707 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102566940, abierta/o desde el 03/10/2006.

Se expide en Bogotá el día 6 del mes de Diciembre del año 2018



Firma Autorizada

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