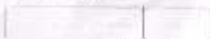
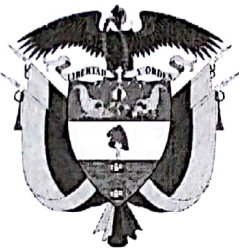


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS		CÓDIGO: AP-TH-FI-013 VERSIÓN: 06 FECHA: 2018-10-02	
A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:	Nº FOLIOS:		
NOMBRE DEL CANDIDATO		ROSALBA CONTRERAS PAEZ	DOCUMENTO:		23620060
TELEFONO		3125431908	ACTIVIDAD SOLICITADA:		AUXILIAR DE ENFERMERIA
NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES). TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE					
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO					
NECESIDAD DE PERSONAL OPS					
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SI ☐ NO ☐ </div>					
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO					
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☒		
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒		
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒		
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒		
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A	☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A	☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒	NO	☐
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☐
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A	☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒	N/A	☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒		
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIU 8692	SI	☒		
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒		
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A	☐
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒	N/A	☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☒	N/A	☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☒	N/A	☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A	☐
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒	N/A	☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒		
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☒	N/A	☐
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☐
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Medico, Enfermera, Bacteriologo, Citoistotecnologo, Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A	☐
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☒	N/A	☐
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☐
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☐
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☐
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☐
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒		
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: FAMISANAR	SI	☒		
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: COLPENSIONES	SI	☒		
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: SEGUROS BOLIVAR	SI	☒		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒		
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					
V°/B° Responsable Talento Humano		Fecha:			
V°/B° Dirección Talento Humano		Fecha:			

 $\frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx = \frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx$ 



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CONTRERAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PAEZ	NOMBRES ROSALBA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 23620060	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 2 MES DIC AÑO 1952 PAÍS Colombia DEPTO Boyacá CIUDAD Guateque		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra 81 j # 44- 18 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4512970 EMAIL rosalbacontreraspaez@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO Bachiller académico			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2000

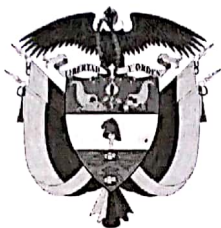
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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	2	X		Auxiliar de Enfermería		6	1984	2009



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural.

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
subred integrada de servicios de salud centro oriente	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3725610	DÍA 9 MES 4 AÑO 2009		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	enfermería	carrera 10 n° 1-66 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Materno Infantil	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2882200	DÍA 2 MES 1 AÑO 2001		DÍA 20 MES 11 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de Enfermería	Materno Infantil	cra 10 # 1 - 66	

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	17	6
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	17	6

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 CONVERGEN CON LOS DATOS DE LA LEY 143 DE 1994



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá 19-12/18

Ramona Contreras

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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ROSALBA CONTRERAS PAEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 23620060 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Cra 81 j # 44- 18 sur

Teléfonos 3125431908 4512970

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GINA KATHERINE PAEZ	1022340253	HIJO(A)
CARLOS ISNARDO PAEZ	1010203194	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 16.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 16.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	ahorro	008480310351	veinte de julio	\$ 150.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	Casa	\$ 145.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Hogar	Gastos personales	\$ 24.079.700,00



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.



Última Actualización: 19-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION

CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION

CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS

TIPO DOCUMENTO

NÚMERO DOCUMENTO

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 acasual o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES

FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 19-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTÁ
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

FECHA DE REGISTRO 11/11-12-85

Código AE

Registro No. 2009

Firma



República de Colombia
El Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA"
Certifica

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Profesiones Médicas y Auxiliares

Reconócese este título para todos
los efectos legales

Bogotá, 23-V-85
Resolución No. 7919

La Aptitud Profesional de:

ROSALBA CONTRERAS PAEZ

en el oficio de AUXILIAR DE ENFERMERIA
Áreas aprobadas

MEDICO QUIRURGICA - MATERNO INFANTIL - PRACTICAS - ETICA.

Modo de Formación: COMPLEMENTACION

Subgerente Regional

Secretario

Centro de Formación

Bogotá, 84.06.15
Ciudad y Fecha

84.00884 84.08.17
Registro No

TPO C



La República de Colombia
y en su nombre



Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C.
según resoluciones Nos. 2783 de agosto 2 de 1996 y 7528 de noviembre 20 de 1998

Confiere a

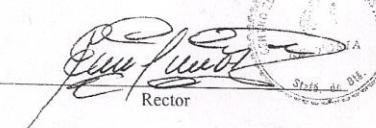
Rosalba Contreras Páez

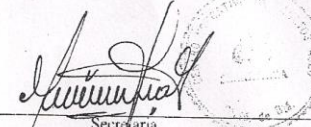
C.C. 23.620.060 de Guateque (Boy.)

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica,
según los planes y programas definidos en nuestro Proyecto Educativo Institucional
(Artículo 28 de la ley 115 de 1994)


Rector


Secretaria

Diploma No. 01613 Anotado al Folio 060 del libro para Control Interno de Diplomas No. 1
Dado en Santafé de Bogotá a los 5 días del mes de agosto del 2000



SERVICIO
NACIONAL
DE
APRENDIZAJE

REGIONAL BOGOTA

Nº 031225

R.C.No.36075

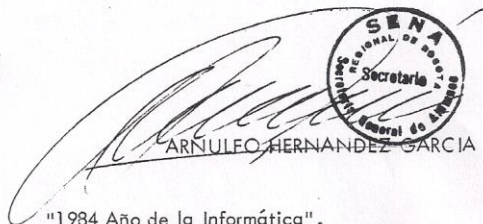
EL SUSCRITO JEFE DE GRUPO DE LA SECRETARIA DE REGISTRO Y CERTIFICACION

HACE CONSTAR

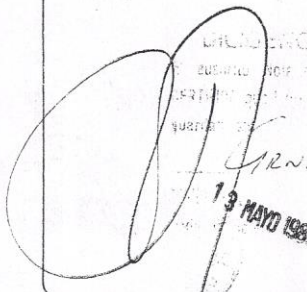
Que, CONTRERAS PAEZ ROSALBA, con cédula de ciudadanía No. 23'620.060 de Guateque (Cundinamarca), realizó y aprobó el curso de Complementación AUXILIAR DE ENFERMERIA. Certificado de Aptitud Profesional Registro No.84-00884 del 17 de Agosto de 1984.

La presente constancia se expide en Bogotá, a los veintiseis (26) días del mes de Octubre de mil novecientos ochenta y cuatro (1984).




ARNULFO HERNANDEZ GARCIA

"1984 Año de la Informática".


DILIGENCIA DE AUTENTICACION
CUBIERTO POR EL SEÑALADO EN EL OFICIO DE BOGOTA
FIRMADO POR EL SEÑALADO EN EL OFICIO DE BOGOTA
FIRMADO POR EL SEÑALADO EN EL OFICIO DE BOGOTA
ARNULFO HERNANDEZ GARCIA
13 MAYO 1985

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO



CARRERA 9 No. 28-29 SUR - TELEFONOS: 2391126 - 3668147
INSCRIPCION S.E. 003 DE MAYO 7 DE 1996 - INSCRIPCION DANE 31100192201

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los cuatro (4) días del mes de agosto del año 2000 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos y las alumnas de último Ciclo Lectivo Especial Integrado, los suscritos Rector y Secretaria Académica en la Rectoría del CENTRO EDUCATIVO DE ADULTOS ASSED, Institución aprobada en el Nivel de Educación Básica en los ciclos de Primaria, Secundaria y Media Académica, autorizada oficialmente por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según las Resoluciones Nros. 2783 del 2 de agosto de 1996 y 7528 del 20 de noviembre de 1998.

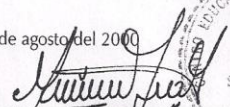
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos y alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Rosalba Contreras Páez

C.C. 23.620.060 de Guateque (Boy.)

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 007 del cuatro (4) de agosto del 2000. Consta de doscientos cuarenta y cinco (245) alumnos, comienza con el nombre de ABELLO PORTELA JOHN ANCIZAR y cierra con el nombre de ZUÑIGA CORONADO YENNY ROCIO. Firmada por ERICK ISRAEL ARIZA RONCANCIO (Rector) y MARTHA ALICIA LEAL CAMARGO (Secretaria Académica).

Dada en Santafé de Bogotá a los cuatro (4) días del mes de agosto del 2000

 ERICK ISRAEL ARIZA RONCANCIO RECTOR C.C. 91.010.138 de Barbosa (Santander)		 MARTHA ALICIA LEAL CAMARGO SECRETARIA ACADEMICA C.C. 52.084.035 de Bogotá
--	---	--

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

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

Rosalba Contreras Paez

Asistió al Simposio

Prevención de Infecciones Asociado a la Atención en Salud 2016.



CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

Rosalba Contreras Paez

Asistió al Simposio

Prevención de Infecciones Asociado a la Atención en Salud 2016.



Bogotá D.C.

Señores:

Sena

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Rosalba Contreras paez 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 al consentimiento...."

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

Auxiliar de enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Rosalba Contreras

No. de documento:

CC 23620060

Tarjeta profesional No:

E.009

Dirección de contacto:

Kra 81J # 44-18 Sur

Teléfono:

2998565- al.3125431908.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO: 23.620.060

CONTRERAS PAEZ
APELLIDOS

ROSALBA
NOMBRES

Rosalba Contreras
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1952

GUATEQUE
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

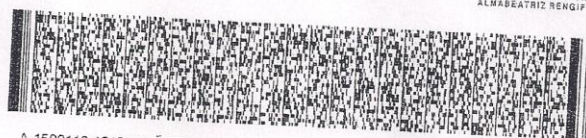
O+
G.S. RH

F
SEXO

27-FEB-1975 GUATEQUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500116-45151352-F-0023620060-20060925

01519062680 02 214737320

DIAN®		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		001	
1. Concepto: ☐ 0 2 Actualización Fecha revisión: 04/04/2014			4. Número de formulario: 14322172878		
			 <small>4157707214322172878 0000014322172878</small>		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 2 3 6 2 0 0 6 0 - 6		6. DV: 6		12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico: 3 2	
IDENTIFICACION					
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión líquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3		26. Número de identificación: 2 3 6 2 0 0 6 0	
27. Fecha expedición: 1 9 7 5 0 2 2 7		28. País: COLOMBIA		29. Departamento: Boyacá	
30. Municipio: Guadalupe		31. Primer apellido: CONTRERAS		32. Segundo apellido: PAEZ	
33. Primer nombre: ROSALBA		34. Otros nombres: 		35. Razón social: 	
36. Nombre comercial: 		37. Domicilio: 			
UBICACION					
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C.	
41. Dirección principal: CR 51 J - 44 18 SUR BRR BRITALIA					
42. Correo electrónico: rosalbacontreraspaez@hotmail.com		43. Apartado aéreo: 		44. Teléfono 1: 4 5 1 2 9 7 0	
				45. Teléfono 2: 3 1 2 5 4 3 1 9 0 8	
CLASIFICACION					
Actividad económica principal: 46. Código: 8 8 9 2 2 0 0 0 0 1 0 1		Actividad secundaria: 47. Código: 8 8 9 2 2 0 0 0 0 1 0 1		Otras actividades: 48. Código: 1 2	
Ocupación: 49. Código: 1 2		50. Número de establecimiento: 			
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
51. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18					
Usuarios aduaneros					
52. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
Exportadores					
53. Forma: ☐		54. Tipo: ☐		55. Servicio: 1 3 8	
56. Medio: ☐		57. CPC: ☐		58. CPC: ☐	
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: 0		61. Fecha: 2 0 1 4 1 2 1 0	
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exclusivamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o					
Firma autorizada:					



**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 13-03-2015
Hora: 10:32:25 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 23620060-6 ROSALBA CONTRERAS PAEZ

Información General

Dirección KR 81 J 44 18 SUR
Teléfonos 4512970-3125431908
Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 03/04/2009
Soporte Inscripción 12177230
Fecha Inicio Actividades 13/03/2015
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

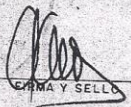
BOGOTÁ

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

Fuente ICA TE TOCA

FORMA SS. 041 A

DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTÁ
LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

HACE CONSTAR:
Que ROSALBA CONTRERAS PAEZ
ha cumplido los requisitos legales para ejercer la profesión
de AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha VIII-1-85 Código A.E. Regist. No. 2.009
El Secretario de Salud Pública. 
CAMA Y SELLO



MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número **07919** 23 JUN 1985
Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1986, "

CONSIDERANDO:

Que **ROSALBA CONTRERAS PAEZ** con cédula de ciudadanía número **23.620.060** de **Gustaque Boy.** ha solicitado el registro de su **Certificado**
De **AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Que le otorgó **El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA**
El **15 de Junio de 1.984**
Que dicho se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría
de Educación de
Al folio del Libro de
Que

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a **ROSALBA CONTRERAS PAEZ**
para ejercer la profesión de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**
en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

HUMBERTO CORDOBA W
Director Vigilancia y Control


JUDITE GUZMAN PARRA
Jefe Sección Profesiones

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de identificación *
<input type="text" value="Cédula de Ciudadanía"/>	<input type="text" value="23620060"/>
Primer Nombre *	Primer Apellido *
<input type="text" value="rosalba"/>	<input type="text" value="contreras"/>

[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)

Resultado General - 2018-12-04--11:31:04 PM

Tipo de Identificación	Nro. de identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	23620060	ROSALBA		CONTRERAS	PAEZ	Ver

Información Detallada [CC: 23620060] ROSALBA CONTRERAS PAEZ

2018-12-04--11:31:04 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería		1985/5/23	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 acreditan el cumplimiento de los requisitos que se encuentran 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).

Institución vacunadora: Correo Público

Fecha de generación del card: jueves, 13 de diciembre de 2018 10:11 a.m.

Datos del vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía

Número de identificación: 23623393

Nombres y Apellidos: ROSALBA CONTRERAS PAEZ

Fecha de nacimiento: 02/12/1952

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
ANTN1	Primera dosis	15/04/2010			INSTITUTO MATERNO INFANTIL LA VICTORIA
AaB - Rápida	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica preñática	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acaklar	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	08/02/2017	Hepavax Gene	1434024 03	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO 1 DE MAYO
	Segunda dosis	19/04/2017	Hepavax Gene	1434028 05	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO 1 DE MAYO
	Tercera dosis	15/11/2017	Hepavax Gene	1434033 - 09	CLINICA COLSUBSIDIO CIUDAD ROMA
	Refuerzo	13/12/2018	Engerix B Adultos	ENERO 2020	IPS VACUNAR COLOMBIA
Influenza	Única	29/05/2018	GC FLU	AHBVC67BAP	INSTITUTO MATERNO INFANTIL LA VICTORIA SEDE II
				V50218006	
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	14/05/2013	Neumo 23	H021425	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA
Neumococo	Primera dosis				



UNIDAD MEDICA MODELIA

"Experiencia y Calidad con Tecnología al Servicio de su Salud"

Dirección: Carrera 82 # 22 A 71

Teléfono: 4102145 Celular 3164740813

CERTIFICACION MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 24 / 07 / 2016

HORA: _____

Nombre: Rosalba Contreras Poes

Fecha de Nacimiento: 2 / 12 / 52 Edad 63 Sexo M Estado Civil Casado

CC: 23.620.060

El personal médico certifica que Rosalba Contreras con CC 23.620.060

Se encuentra apta para desempeñar el cargo Auxiliar en el área de Entrega

El cual aspira en la empresa _____

Nombre del Médico Especialista: LELIS ANTONIO SANCHEZ DIAZ

RM: _____

6784 LIC: 1204 SDS

Firma _____

Nombre del aspirante: _____

Firma del aspirante _____

CC: _____

COPIA: Unidad Medica Modelia
SEGURO MEDICO
SEGURO DENTARIO
SEGURO VIDA
SEGURO ACCIDENTES

Rosalba Contreras
Rosalba Contreras
23.620.060

COPIA: Unidad Medica Modelia
SEGURO MEDICO
SEGURO DENTARIO
SEGURO VIDA
SEGURO ACCIDENTES



SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Alba Rubiela Betancourt Ortiz

C.C. 27.380.605 de Potosí Narlño.

**ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO**

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

**DADO A LOS 14 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2018,
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS**

Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD



Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 2 FOLIO 0569

Sede administrativa Calle 8 A # 72A - 32 Barrio Castilla
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639
sabersaludse@gmail.com



**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

ROSALBA CONTRERAS PAEZ

c.c. : 23.620.060

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

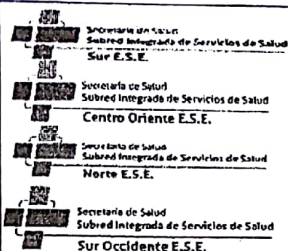
EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART
ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá, a los 16 días del mes de Noviembre de 2018.
Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS
A SU INSTITUCION SE VERIFIQUE LA
AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO.
PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección
Académica



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

J: ET-CA-FT-011
IN: 02
1 2017-08-22

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

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 19-12-18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Condunamarca
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 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: OTRO

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Contreras	Paez	Rosalba	
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	23620060	Guateque (Boyaca)	27-Feb-1975
PARAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
02-12-57	Guateque Boyaca	Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	3	2	312543908
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADÉMICA			PROFESION/ OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☒ OTRO ☐	CUAL:		Auxiliar Enfermero
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:
Kra 81 # 44-18	Bogota	Condunamarca	Colombia
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA	TELEFONO RESIDENCIA
rosalbaccontreraspaez@hotmail.com		PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	2998565
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Paez	Peñate	Carlos	Gregorio
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	19129915	Bogota	23-Julio/1972
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD: Colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐	HOJAR COMERCIANTE ☐	PENSIONADO EMPLEADO PUBLICO ☐ CTRA... ☐	CUAL:
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA:	SI ☐ NO ☒	IVA SI ☐ NO ☒ JCA SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		

SECRETARÍA DE SALUD
 Subred Integrada de Servicios de Salud
 Sur E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD
 Subred Integrada de Servicios de Salud
 Centro Oriente E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD
 Subred Integrada de Servicios de Salud
 Norte E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD
 Subred Integrada de Servicios de Salud
 Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

D: ET-CA-FT-011
 IN: 02
 : 2017-08-22

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

SI ☐ NO ☒ SI ☐ NO ☒

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ ALUD ☐

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ NOLOGIA ☐ MENTOS ☐ MENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECCION DE LA EMPRESA: D19 34 N° 5-43 TELEFONO: 3444484 CIUDAD/MUNICIPIO: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS: Colombia

CARGO ACTUAL: Aux de Enfermería FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD): 2009-04-09

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (\$ PESOS)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	800.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1500.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1500.000	TOTAL EGRESOS	800.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sorez	Sorez	Luz	Maria
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
cl 144 N° 141A-50	Bogotá-Cundinamarca	Amiga	6901780

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Darvivienda	Cuenta Ahorros	551 551 551	20 de Julio	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

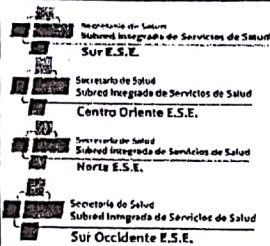
IMPORTACION ☐ OTACION ☐ TR ☐ FERENCIAS ☐ PRE ☐ MOS ☐ PAC ☐ ERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

Auxiliar Enfermería



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

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

D: ET-CA-FT-011
IN: 02
2017-08-22

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

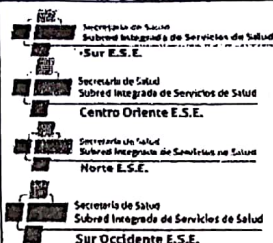
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

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.
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.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

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

J: ET-CA-FT-011
IN: 02
: 2017-08-22

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15 - 41, teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la 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 derivadas 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 harán 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 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA 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 comparten, transfieren, transmiten, 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 Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15 - 41 Bogotá DC, teléfono 340 90 80, e-mail: sarlatf@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.

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 términos 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".

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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Rosalia Contreras

Firma Cliente / Representante Legal



Huellado

X. INFORMACION DE ENTREVISTA		XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION	
1. Fecha:	2. Ciudad:	1. Fecha:	2. Ciudad:
3. Nombre del funcionario o Asesor:		3. Nombre y Cargo de quien verifica:	
4. Lugar de la Entrevista:		4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:		5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐	6. Firma y cédula:	
7. Firma y Cédula:			



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ROSALBA CONTRERAS PAEZ identificado(a) con CC 23620060 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 23/02/2002

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CHICALA

Categoría: B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE , a los 05 días del mes de enero del año 2019.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

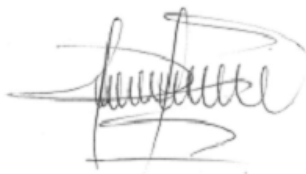
Fredy Alexander Calcedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ROSALBA CONTRERAS PAEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **23620060**, estuvo afiliado (a) al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **INACTIVO**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
UNIDAD DE VIGILANCIA

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

23 620 060

Numero de Documento

Sura

ARL

Rosalba

Primer Nombre

Segundo Nombre

Contreras

Primer Apellido

paer

Segundo Apellido

02-12-1952

F. Nacimiento dd/mm/aa

Guareque

Ciudad de Nacimiento

Ka 81 y #44-18

Dirección de Residencia

SUR

2998565

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

AUX. de Enfermeria

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

rosalbacontreraspaer@hotmail.com

Correo Electrónico

312 543 1900

Celular

Rosalba Contreras

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. ,

SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Carrera 12d N° 26a - 62 Tel: 596 88 00 Ext. 1006 - 1018

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119356630



WEB

02:20:35

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 18 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ROSALBA CONTRERAS PAEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 23620060:

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 JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 18 de diciembre de 2018, a las 02:18:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	23620060
Código de Verificación	23620060181218021848

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





Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 9:06 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) **ROSALBA CONTRERAS PAEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **VEINTITRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL SESENTA** de GUATEQUE

23620060

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 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_HSUBM_069**

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:13:25 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **23620060**

Apellidos y Nombres: **CONTRERAS PAEZ ROSALBA**

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.

[Volver al Inicio](#)



Banco Davivienda S. A.

CERTIFICACIÓN

Bogotá
COLOMBIA

2018/12/06

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ROSALBA CONTRERAS PAEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **23620060** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número: 008480310351
Fecha apertura: 2009/04/22

Cordialmente,



Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO
REPUBLICA ARGENTINA - MINISTERIO
DE ECONOMIA Y FINANZAS
N° 100.000.000

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