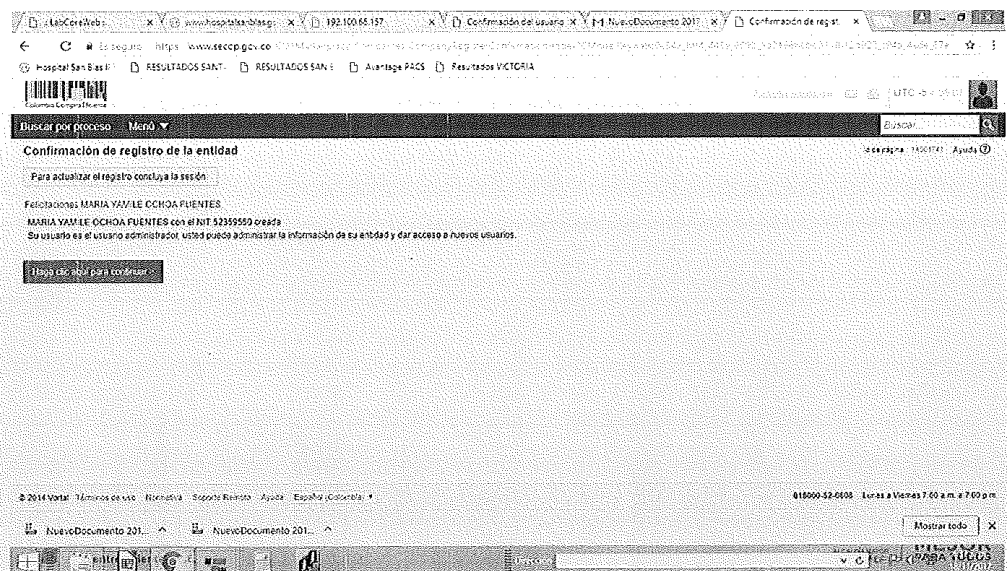








FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local San Cristóbal

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN ESPECIALIZADA EN LA PROMOCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA
Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO OCHOA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FUENTES	NOMBRES MARIA YAMILE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52359560	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 8 MES ABR AÑO 1977 PAÍS Colombia DEPTO Boyacá CIUDAD Chita		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 8C NUMERO 36 H 70 SUR ESTE PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2081526 EMAIL yamilemaria77@gmail.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 BÁSICA										TÍTULO BACHILLER COMERCIAL					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE		AÑO	1996
										X					

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
UN	8	X	ENFERMERO (A)	8 2018	19171



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local San Cristóbal

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN SUBSISTENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 13-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED CENTRO ORIENTE		PÚBLICA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2801100	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 4 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA URGENCIAS -- MEDICINA INTERNA	DIRECCIÓN TRANSVERSAL 5 ESTE N0. 19-50 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA		PÚBLICA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	PRIVADA X	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 7460909	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 13 MES 8 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CARRERA 45 N 145-84	

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	1	8
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	8

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 50. DE LA LEY 190/95).



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local San Cristóbal

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN ESPECIAL EN DATOS Y CARACTERÍSTICAS PERSONALES
Última Actualización: 13-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Mara Yamile ochag
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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local San Cristóbal

SIDEAPO
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICA LOCAL
Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA YAMILE OCHOA FUENTES

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52359560 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CRA 8C NUMERO 36 H 70 SUR ESTE

Teléfonos 3203696322 2081526

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUIS FREDDY DAVILA TORRES	79798593	COMPAÑERO PERMANENTE
EDISON ANDRES DAVILA OCHOA	1023962977	HIJO(A)
CAMILO AUGUSTO DAVILA OCHOA	1000618434	HIJO(A)
DANIEL ALEJANDRO DAVILA OCHOA	10255333415	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 CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 31.200.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 31.200.000,00

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
AV VILLAS	AHORROS	092813935	CALLE 100	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local San Cristóbal

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Última Actualización: 13-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 ocasional o permanente son las siguientes:

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

3. FIRMA

Maria Yamile Ochaca Fuentes
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018
CIUDAD Y FECHA

República de Colombia



LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

*Reconocimiento autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:*

Maria Yamile Ochoa Fuentes

C.C. No. 52.339.560 de Santafé de Bogotá D.C.

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

Enfermera

*En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá, D.C., Agosto 22 de 2007*

Leidy Patricia Quintero
Rectora General

Liliana Buitrago
Vicerrectora

Firma:

No. 13

Hoja 12112

Fecha: Agosto 22 de 2007



FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA que en el libro de actas, se encuentra el Acta de Grado 356, que expresa: En Bogotá D.C., el 22 de agosto de 2007 a las 16:00 horas, convocados por Resolución 086 del 14 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor Fernando Laverde Morales, la Decana del Programa de Enfermería, doctora María Liliana Buenahora Tobar y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **MARIA YAMILE OCHOA FUENTES** con cédula de ciudadanía Número 52359560 de Santafé de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 3, Folio 35, número 12142.

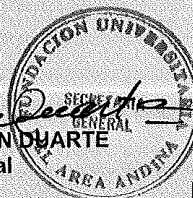
FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector

MARÍA LILIANA BUENAHORA TOBAR, Decana del Programa de Enfermería

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Es copia tomada de su original, el 22 de agosto de 2007.


MARIA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General



SEDE ADMINISTRATIVA BOGOTÁ
Calle 71 N° 13-21 PBX: 346 6600 Fax: 313 1076

SEDE PRINCIPAL BOGOTÁ
Transv. 15 N° 69-35 PBX 212 6320 - 2172045

Líneas Nacionales: 019003310032 - 018000110032
A. A. 50814 Bogotá, D. C. Colombia
www.areandina.edu.co

SECCIONAL PEREIRA
Carrera 9 N° 23-22
PBX: 325 5992 / 93 / 94
Fax: 325 5995

SEDE IBAGUE
Calle 5 N° 3A -25/27 Barrio La Pola
Tels.: 262 3046 / 64 - 262 31 76
Fax: 262 3064

SEDE VALLEDUPAR
Calle 14 N° 8 - 16
Tels.: 574 4974 - 580 3333

**Secretaría Distrital de Gobierno
y la
Universidad Libre**

Certifica que:

MARÍA YAMILE OCHOA FUENTES
C. de C. 52359560

Asistió al curso "Técnicas de Juicio Oral" realizado entre el 19 y el 23 de abril de 2010, con una duración de 40 horas, en el marco del convenio "Fortalecimiento de la Policía Judicial y Primeros Respondientes" del Sistema Penal Oral Acusatorio, según la acción coordinada con la Seccional Bogotá del Cuerpo Técnico de Investigación de la Fiscalía General de la Nación y la Seccional de Investigación Judicial de la Policía Metropolitana de Bogotá.

Esta certificación se expide en Bogotá, D.C., a los 7 días del mes de mayo de 2010


JESÚS HERNANDO ÁLVAREZ MORA
Decano de la Facultad de Derecho



Universidad Libre
Facultad de Derecho


ANDRÉS RESTREPO RESTREPO
Secretario Distrital de Gobierno (E)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
POSITIVA

SECRETARÍA DE GOBIERNO



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y FORMACIÓN CONTINUA

Otorgan el presente

Certificado

A MARIA YAMILE OCHOA FUENTES

Por su asistencia y participación en el *CURSO FORMACIÓN ESPECÍFICA EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS*, realizado entre el 1 y el 16 de junio de dos mil quince (2015), con una intensidad de cuarenta (40) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los dieciséis (16) días del mes de junio de dos mil quince (2015).

G. Quintero H.

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO H.
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Diana María Gutiérrez Castellanos

DIANA MARÍA GUTIÉRREZ CASTELLANOS
Directora
Formación Continua

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895



CERTIFICA QUE

MARIA YAMILE OCHOA FUENTES

Participó como asistente en el **Simposio de Cuidados Paliativos**,
realizado el día 9 de Octubre de 2015 en la Fundación
Cardioinfantil-Instituto de Cardiología

María Victoria Mera
Médico Internista Paliativista

Claudia Gutiérrez Villamil
Directora Educación Médica

EDUCACIÓN CONTINUADA DE LA ESCUELA DE MEDICINA Y
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO Y
MÉDERI

Otorgan el presente
Certificado

MARIA YAMILE OCHOA FUENTES

Por su asistencia y participación en el **I CONGRESO DE ENFERMERÍA: ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CRÍTICO**, realizado el 22 y 23 de mayo de dos mil catorce (2014), con una intensidad de dieciséis (16) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los veintitrés (23) días del mes de mayo de dos mil catorce (2014).



NESTOR DARIO BUSTAMANTE RAMIREZ
Director Hospitalario
Méderi

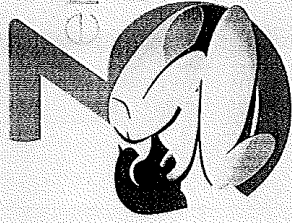


LEONARDO PALACIOS SANCHEZ
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud



DIANA MARIA GUTIERREZ C.
Directora
Educación Continuada

médერი



7er Congreso Internacional de
Medicina del Dolor
& cuidado paliativo
Un hospital libre de dolor

2014

AGO 21 - 22



Universidad del
Rosario

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO Y MÉDERI

Otorgan el presente

Certificado

MARIA YAMILE OCHOA FUENTES

Por su asistencia y participación en el III CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, realizado entre el 21 y el 22 de agosto de dos mil catorce (2014), con una intensidad de dieciséis (16) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. República de Colombia a los veintidos (22) días del mes de agosto de dos mil catorce (2014).

Dr. RAFAEL RIVEROS DUEÑAS
DIRECTOR CIENTÍFICO
Médერი

Dr. LEONARDO PALACIOS SÁNCHEZ
DECANO
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario

Dra. DIANA MARIA GUTIÉRREZ CASTELLANOS
DIRECTORA
Educación Continuada
Universidad del Rosario

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Arca Andina

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Maria Yamile Ochoa Fuentes

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

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

Enfermera

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Maria Yamile Ochoa Fuentes

No. de documento:

52359560

Tarjeta profesional No:

09171

Dirección de contacto:

Cra 8c # 36h 70 surfst

Teléfono:

3203696322

REDES HUMANAS SA
NIT. 830035650-1

CERTIFICA

Que la siguiente informacion corresponde a las características contractuales de nuestro trabajador:

Nombre : OCHOA FUENTES MARIA YAMILE
Cédula : 52.359.560
Cargo : ENFERMERO (A)
Fecha Ingreso : 29/01/2014
Fecha Retiro : 01/02/2014
Tipo Contrato : OBRA O LABOR
Contrato : 33636
Sueldo Básico : 1.651.383.
Empresa Usaria : CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMA

Para confirmar la información suministrada en el presente certificado laboral, puede comunicarse con nosotros.

Se expide a solicitud del interesado, a los 17 DE DICIEMBRE DE 2018.

Atentamente,



**REDES
HUMANAS**
Servicios Temporales
Nit: 830.035.650-1

GERMAN ANDRES ACOSTA BUSTAMANTE
COORDINADOR DE CONTRATACION

Medellín: Carrera 51 No. 9c Sur - 85 of 401 edificio multicentro guayabal. Tel. (+57 4) 4440245-3668097.

Cali: Calle 28 Norte # 6 N-81, Santa Monica Residencial, Tel. (+57 2) 485 1828, (+57 2) 677 1474.

Barranquilla: Calle 70 No. 52 - 54 Local 113, C. C. Gran Centro. Tel. (+57 5) 3861059-3562800.

Buga: Carrera 12 no. 6-54 piso 3 oficina 65 B/ CENTROPBX. (+57 2) 2391691-3167818152

Bucaramanga: Calle 35 No. 21 - 74, Oficina 233, Edificio Apolo. Tel. (+57 7) 6803322.

Bogotá: Carrera 48 N. 95 - 72 - PBX. (+57 1) 256 0200, Fax (+57 1) 236 6633

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.359.560

OCHOA FUENTES

APELLIDOS

MARIA YAMILE

NOMBRES

Yamile Ochoa

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1977

CHITA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

10-MAY-1996 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABIEL SANCHEZ TORRES

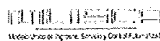
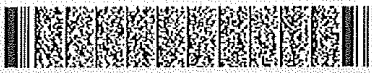
INDICE DERECHO



A-1500150-00449268-F-0052359560-20130715

0033985153A 1

1232442056

 Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal			001
2. Concepto 02 Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14443948839	
			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 3 5 9 5 6 0 - 4		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
6. DV 4		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		26. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3	
25. Número de identificación: 5 2 3 5 9 5 6 0		27. Fecha expedición: 1 9 9 6 0 5 1 0	
Lugar de expedición: COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C.	
31. Primer apellido: OCHOA		33. Primer nombre: MARIA	
32. Segundo apellido: FUENTES		34. Otros nombres: YAMILE	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
39. Departamento: Bogotá D.C.		41. Dirección principal: CR 8 C 36 H 70 SUR	
43. Código postal:		45. Teléfono 2:	
44. Teléfono 1:		46. Correo electrónico: ochoamariayamile77@gmail.com	
CLASIFICACION			
Actividad principal: 48. Código: 8 6 9 9		49. Fecha inicio actividad: 2 0 0 7 0 8 0 8	
50. Código:		51. Código:	
52. Número establecimientos:			
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: 5 1 2			
12-Ventas régimen simplificado			
Obligados aduaneros		Exportadores	
54. Código:		55. Forma:	
56. Tipo:		57. Modo:	
58. CPC:		59. Fecha: 2 0 1 7 1 2 1 2	
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			
60. Anexos: SI ☒ NO ☐		61. No. de folios: 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.		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.	
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013.		Firma autorizada:	
Firma del solicitante:		984. Nombre: VELANDIA PIMIENTO MARIA DEL CARMEN	
Maria Yamile Ochoa Fuentes		985. Cargo: Analista V	



DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 12-12-2017

Hora: 9:23:51 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 52359560-4 MARIA YAMILE OCHOA FUENTES

Información General

Dirección CR 8 C 36 H 70 SUR

Teléfonos 3203696322

Dirección electrónica ochomariayamile77@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 27/08/2009

Soporte Inscripción 13046149

Fecha Inicio Actividades 29/01/2008

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: 17002489491



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

Fuente ICA TE TOCA

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA
ANEC
REGISTRO ÚNICO DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA
Ley 266 de 1996

Bogotá, Marzo 09 de 2017

**CERTIFICADO DEL REGISTRO
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Certificamos que la Enfermera MARIA YAMILE OCHOA FUENTES identificada con cedula de ciudadanía No. 52.359.560 de Bogotá, egresada como Profesional de Enfermería de la Fundación Universitaria del Area Andina, se encuentra inscrita y registrada a través de la Resolución y Tarjeta profesional No 19171 expedida el 31 de Julio de 2008, documento que se encuentra vigente, el cual la acredita para ejercer la profesión de Enfermería en el territorio nacional.

Para obtener este registro la profesional presentó ante la Unidad de Registro de la ANEC, los documentos solicitados de acuerdo con lo establecido por la Ley 266 de 1996, Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 reglamentaria de la Profesión de Enfermería en Colombia.

Atentamente,



JOHANN MASMELA MURCIA
Presidente
Junta Directiva Nacional





ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ, D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 10749 de 09/11/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) OCHOA FUENTES MARIA YAMILE identificado(a) con CC número 52359560 expedida en SANTAFE DE BTA ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 22/08/2007, acta de grado Nro: 356, Diploma Nro. 12142 y registrado en el libro 3 Folio 35 año 2007. Que de conformidad con la Ley 50 de 1981, Artículo 2, Parágrafo 3, Acuerdo No 003 de 14 de junio de 2007 del Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, delego en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. la realización del sorteo de plazas para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizó el día 31/08/2007.

Que el(la) señor(a) OCHOA FUENTES MARIA YAMILE, no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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 OCHOA FUENTES MARIA YAMILE identificado(a) con CC número 52359560 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 09/11/2007

Original firmado por:

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA,
Directora de Desarrollo de Servicios (E).

Elaboró: Víctor Sánchez

Revisó: Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C. 29 Nov. 2007
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Mariana Yamilé Ochoa
CC. #. 5235956084
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 ▼	52359560

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



Tribunal Nacional Ético de Enfermería

Ley 266 de 1996

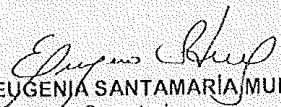
Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **MARÍA YAMILE OCHOA FUENTES** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.359.560 no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de marzo del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

----- Forwarded message -----
From: Maria Yamile Ochoa Fuentes <yamilemaria77@gmail.com>
Date: lun., 17 de dic. de 2018 11:49 a. m.
Subject: Certificado de etica profesional
To: TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERIA <trienfercertificado@outlook.com>, <Trienfercertificado@autlook.com>

La presente para solicitar certificado tribunal de etica profesional.

...

Responder Reenviar

No hay chats recientes.
[Inicia uno nuevo.](#)

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO
SEDE : HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR
No INGRESO: J2016-108-320
Paciente: MARIA YAMILE OCHOA
Edad: 37 Años
Medico: Otros Medicos
Fecha Hora Ingreso: 2016-10-07 13:06
Servicio: SALUD OCUPACIONAL
Género: Femenino
No ORDEN: 201610076632
Historia: 52359560
Teléfono: 5600520
Fecha de impresion: 2016-10-08 07:16
Cama:
Examen
Intervalo Biológico de Referencia
INMUNOLOGIA
HEPATITIS B Ac S ANTI HBS SEMI O AUTOMATIZADO
Resultado:
150.90 UI/L
0.00 - 9.99
No Reactivo: Menor de 10.0 UI/L.
Reactivo: Mayor o Igual a 10.0 UI/L.
METODO ELECTROQUIMILUMINISCENCIA
Director: MSc. JUANETH MILENA CORDERO BLANCO Tel: 1024529208
OCHOA MARIA YAMILE Orden: 201610076632

El presente informe es una copia impresa de los resultados de los exámenes de laboratorio, los cuales deben ser interpretados por el médico tratante, quien es el responsable de la atención médica del paciente.

**CALLE 24 No 29 - 61 BOGOTÁ D.C.
Exámenes Procesados por Compensar**



CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD

CP. 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RII QUÍMICA SANGÜNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

IMPORTANTE: no confíe su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL						
(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1018/2009, 1409/2012 y la NTC 4116)						
MOTIVO DE EVALUACIÓN						
FECHA: 17/03/17	INGRESO ☒	EGRESO ☐	PERIODICO ☐	TRAB. EN ALTURAS ☐	ESPEC. CONFINADOS ☐	MAN. ALIMENTOS ☐
NOMBRE	MARIA YAMILE OCHOA FUENTES					
CEDULA	52.359.560		TELÉFONO O CELULAR	3203696322		
EXAMENES REALIZADOS						
EXAMEN MEDICO ☒	AUDIOMETRÍA ☐	VISIOMETRÍA ☐	ESPIROMETRÍA ☐	LABORATORIO CLÍNICO ☐	PRUEBA VESTIBULAR ☐	
INFORMACIÓN ORGANIZACIÓN						
NOMBRE DE LA EMPRESA	SUBRED CENTRO ORIENTE/HOSPITAL SAN BLAS					
CARGO	ENFERMERA					
CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA						
EXAMEN DE INGRESO						
APTO. PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES		☒	APTO CON RESTRICCIONES		☐	
APTO CON PATOLOGÍA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		☐	APLAZADO		☐	
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		☐	NO APTO		☐	
RESULTADO EXAMENES	MEDICO					
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: TINNEL, PHANEL, JOBE, LASAGUE Y SIMMOND: NEGATIVO					
TIPO DE RESTRICCIÓN	NINGUNA.					
COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO						
COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO						
RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS						
Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1076, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión de riesgo biológico mediante inmunización contra hepatitis B, influenza y tétano o las que se requieran (glc 45). Instrucciones sobre las buenas prácticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2006). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, trajes anti fluidos, gafas, etc), ante la exposición radiofísica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la Ley 9). Gestión de riesgo biomecánico mediante pausas activas, charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Control con artículo lista en eps. Ejercicio físico regularmente.						
PABLO HERNANDEZ		MARIA YAMILE OCHOA		FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE		
FIRMA Y LSO PROFESIONAL		52359560				

Visita nuestra pagina web: www.centromedicoolaya.com

Escribenos: centromedicoolaya@gmail.com

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médicos ocupacionales. ATENCIÓN: Falsedad en documento privado: el que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. (Artículo 269 del Código penal Colombiano).

Principal : Cra. 21 No. 26-52 sur. Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687
Barrio Olaya - centromedicoolaya@gmail.com



CERTIFICA

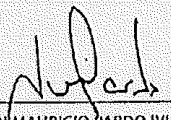
QUE:

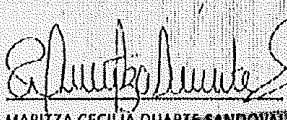
MARIA YAMILE OCHOA FUENTES

C.C. 52359560

octubre 8, 2017

CUMPLIO EL CICLO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS


JUAN MAURICIO PARDO IVIEDO
DIRECTO CIENTÍFICO


MARITZA CECILIA DUARTE SANDOVAL
JEFE TALENTO HUMANO


JAVIER ARDILA MONTEALEGRE
JEFE DEPARTAMENTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S.

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

CERTIFICA QUE:

MARIA YAMILE OCHOA FUENTES

c.c. 52.359.560

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

Dada en Bogotá, a los 13 días del mes de Agosto 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



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 :

MARIA YAMILE OCHOA FUENTES

c.c. 52.359.560

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART
SOCIATION, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 14 días del mes de Agosto de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES, SOLICITAMOS A SU
INSTITUCION SE VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL
SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 3069582 CEL: 3192978534 - 3192859190
info@pcos.es@capacitacionesos.net
www.capacitacionesos.net

David Londoño
Sub Dirección
Académica

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 compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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 14 No 3 - 41 Bogotá DC, teléfono 111 44 84, e-mail: varultra.subredcentroorientegov.gov) 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. AUTORIZACION 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.subredcentroorientegov.gov) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES "

IX. FIRMA Y HUELLA

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

María Yamik Ochoa Fuentes

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	19/2/18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	Ochoa	SEGUNDO APELLIDO:	Fuentes	PRIMER NOMBRE	Manu
SEGUNDO NOMBRE	Yamile				
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC	☒	CE	☐	RC	☐
NIUP	☐	52354560	Bogotá		2000-03-15
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	0/04/1977	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio):	Boyacá	PAIS NACIMIENTO	Colombia
NACIONALIDAD:	Colombiana				
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A)	☐	CASADO	☒	DIVORCIADO(A)	☐
VIUDO(A)	☐	EN LIBRE	☐		
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER	☐	POSGRADO	☐	UNIVERSITARIO	☒
BACHILLER	☐	OTRO	☐	PRIMARIA	☐
TECNICO	☐	TECNOLOGO	☐	CUAL	
DIRECCION RESIDENCIA:	Calle 36 # 36 h 70 sur	CIUDAD RESIDENCIA	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá
PAIS RESIDENCIA:	Colombia				
CORREO ELECTRONICO:	Yamilemaria77@gmail.com	PORTAL O PAGINA INTERNET			
TIPO DE VIVIENDA					
PROPIA	☐	FAMILIAR	☒	ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
PAIS:				TELEFONO/FAX	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	Davila	SEGUNDO APELLIDO:	Torres	PRIMER NOMBRE	Luis
SEGUNDO NOMBRE	Freddy				
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC	☒	CE	☐	RC	☐
NIUP	☐	79798593	Bogotá		20 Junio 1994
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL	79798593
ES RESIDENTE EN COLOMBIA		SI ☒	NO ☐	NACIONALIDAD	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO	☒	CONTRATADO	☐	PENSIONADO	☐
SOCIO	☐	CONTRATISTA	☐	EMPLEADO PUBLICO	☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐	EMPLEADO SOCIO	☐	OTRA	☐
INFORMACION FISCAL RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	SI ☐	NO ☒	IVA
		NO ☒	JCA	SI ☐	NO ☒
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐
		NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐	NO ☒
CÓDIGOS C.U.L. ACTIVIDAD ECONOMICA		18692			
PRINCIPAL		☒	SECUNDARIA	☐	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		ESTRATEGICO - GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO		FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PUBLICO ☐ SI ☒ NO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS ☐ SI ☒ NO		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA 900999051			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA ☐ GOBIERNO ☐ VECIOS ☒ UD ☐ SIT		EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ LOGISTICA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐					
DIRECCION DE LA EMPRESA Trans Sake H19-50		TELEFONO 289 1100		CIUDAD/MUNICIPIO Bogotá		DEPARTAMENTO Bogotá	
CARGO ACTUAL Enfermera		FECHA VINCULACION 1/04/2017					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		FECHA CONSTITUCION	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS 2500000 HONORARIOS ARRENDOS COMISIONES OTROS INGRESOS*		GASTOS FAMILIARES 500.000 ARRENDOS CUOTA VEHICULO CUOTA VIVIENDA OTROS EGRESOS*		AHORROS INVERSIONES VEHICULOS PROPIEDADES OTROS ACTIVOS*		SALDO HIPOTECA TARJETAS DE CREDITO DEUDA VEHICULOS DEUDAS TERCEROS OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS 21800000		TOTAL EGRESOS 1000000		TOTAL ACTIVOS \$0		TOTAL PASIVOS \$0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES <small>(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Hoja de Registro)</small>							
PRIMER APELLIDO Hernandez		SEGUNDO APELLIDO Chaves		PRIMER NOMBRE Leidy		SEGUNDO NOMBRE Alvarado	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS Bogotá Colombia		TIPO RELACION Cónyuge		TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR 322-598354	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD AV Villas		TIPO DE PRODUCTO Ahorros		NUMERO 092813935		SUCURSAL Calle 100	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAIS/CIUDAD	
MONEDA		MONTO PROMEDIO					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS							
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".							
1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.) Enfermera							
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 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. 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. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de las normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se deriven por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.							

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nomina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pension 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 periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 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)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la 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 requerirá 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

Para efectos de la presente autorización, entiendo por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de 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 que celebre c) El control y la prevención del riesgo d) La liquidación y pago de cuentas e) 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 estadísticos 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 l) DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables m) Intercambio de información en virtud de tratados o acuerdos internacionales suscritos por Colombia n) 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 INFORMACIÓN. 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, 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 adelanta gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros e) A la UIAF, Escocolda, o 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 INFORMACIÓN 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

Bogotá, Diciembre 17 de 2018

Señora:
OCHOA FUENTES MARIA YAMILE
CC. 52359560 CR 10 N 34 A 14 SUR ESTE SAN VICE - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 4 de 1999. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
DAVILA OCHOA CAMILO AUGUSTO	1000618434	T	May-18-2001	560	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
DAVILA OCHOA EDISON ANDRES	1023962977	C	Ago-29-2018	17	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
DAVILA OCHOA DANIEL ALEJANDRO	1025533415	T	Jun-28-2007	376	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
OCHOA FUENTES MARIA YAMILE	52359560	C	Mar-4-1999	654	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
OCHOA HIJO DE MARIA YAMILE	52359560	M	Feb-25-2007	17	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Jun-28-2007	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
DAVILA TORRES LUIS FREDDY	79798593	C	Ene-14-2015	117	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO NUSIL SALUD	52359560	Dependiente	CERRADO
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO TALENTUM EN LIQUID	52359560	Dependiente	CERRADO
CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	52359560	Dependiente	VIGENTE
MARIA YAMILE OCHOA FUENTES	52359560	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MARIA YAMILE OCHOA FUENTES	52359560	Trabajador Independiente	CERRADO
PRECOOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ENFERCOOP	52359560	Dependiente	CERRADO
PROMOVIENDO CTA	52359560	Dependiente	CERRADO
REDES HUMANAS	52359560	Dependiente	CERRADO
REDES HUMANAS	52359560	Dependiente	CERRADO
REDES HUMANAS	52359560	Dependiente	CERRADO
REDES HUMANAS	52359560	Dependiente	CERRADO
SA SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.S	52359560	Dependiente	CERRADO
UCINCOOP	52359560	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación

SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIA YAMILE OCHOA FUENTES identificado(a) con C.C No. 52.359.560, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

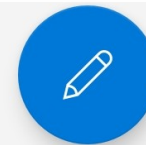
Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de diciembre del 2018.

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 Cesantias



DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52359560

Numero de Documento

Positiva

ARL

Mara

Primer Nombre

Yamile

Segundo Nombre

Ochoa

Primer Apellido

Fuentes

Segundo Apellido

08/04/1977

F. Nacimiento dd/mm/aa

Chita (Boyaca)

Ciudad de Nacimiento

Cra 8c# 36h 70 sur

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Salud Total

EPS - Salud

Colfondos

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Enfermera

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Ochoamanayamile33@gmail.com

Correo Electrónico

3203696322

Celular

Mara Yamile Ochoa Fuentes

Firma del Afiliado


Nataly Diana Salazar
Enfermera
RUN 4224

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119148287



WEB

03:39:48

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 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) MARIA YAMILE OCHOA FUENTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52359560:

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 03:38:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52359560
Código de Verificación	52359560181213033806

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



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C.
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1



Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 3:41 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) **MARIA YAMILE OCHOA FUENTES**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SESENTA** de BOGOTÁ D.C.

52359560

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_PVV4_413**
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 13:36:33 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52359560**

Apellidos y Nombres: **OCHOA FUENTES MARIA YAMILE**

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.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao), Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



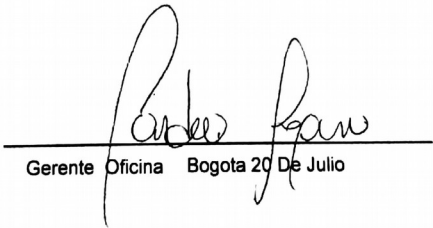
**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**
NIT 860035827 - 5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que MARIA YAMILE OCHOA FUENTES identificado con el documento No. 52.359.560
posee en la oficina UNICENTRO (092) una cuenta de ahorros
No. 092813935 desde el 24 de Febrero de 2011

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre de 2018

Atentamente,


Gerente Oficina Bogotá 20 De Julio

Esta certificación tiene un costo de \$ 9.950,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

