Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CODIGO: AP-TH-F-013
VERSION: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA	15/12/18	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	LAURA TRUJILLO		DOCUMENTO:	1.010.247.996	
TELEFONO	3132181006		ACTIVIDAD SOLICITADA:		

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	SI ☐ NO ☐

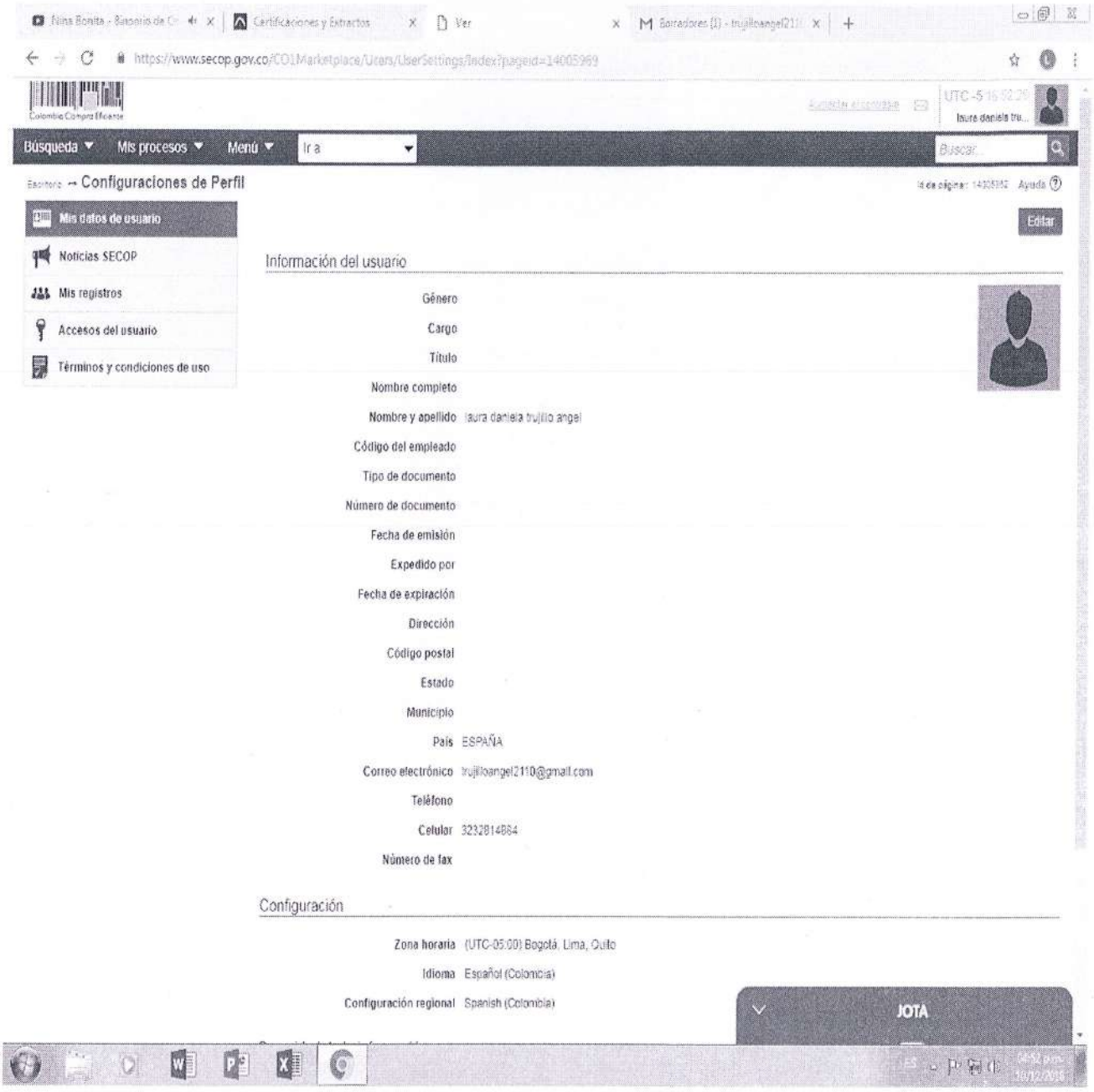
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNETICO CON FORMATO JPG	para los que NO tienen carnet	SI ☐ NO ☐
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)	Solo del SIDEAP	SI ☐
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	Solo del SIDEAP	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 DE EXTRANJERO: RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES (Res. no.9580 de 15 de mayo de 2015)		SI ☐ N/A ☐
9	FORMATO AUTORIZACION CONSULTA DE TITULOS ACADEMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales) Fotocopiadora		SI ☐ N/A ☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO UNICO 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 CIIU 8692 o 8699		SI ☐
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT 8692 o 8699		SI ☐
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)		SI ☐ N/A ☐
15	TARJETA PROFESIONAL		SI ☐ N/A ☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)		SI ☐ N/A ☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud) TODOS		SI ☐ N/A ☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración) Solo Enfermeros Jefes		SI ☐ N/A ☐
19	CARNE 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 2 años - Dec. 723/2013)		SI ☐
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 0000003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)		SI ☐ N/A ☐
22	CARNE DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 2 años		SI ☐ N/A ☐
23	CERTIFICADO DE FORMACION EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera, Bacteriologo, Citohistotecnologo, Histotecnologo) Resolucion 2003 de 2014		SI ☐ N/A ☐
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BASICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias) AUXILIARES		SI ☐ N/A ☐
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos,Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH) Enfermeros		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 ambulancias)		SI ☐ N/A ☐
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAFT) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella Fotocopiadora		SI ☐
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____		SI ☐
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____		SI ☐
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE - NOMBRE: _____ Fotocopiadora.		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	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)		SI ☐

Item
Item
Item

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Responsable Talento Humano		Fecha:	
V°B° Dirección Talento Humano		Fecha:	


Certificaciones y Extractos
Ver
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageId=14005969
Colombia Compra Eficiente
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Ayuda
Editar
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Información del usuario
Género
Cargo
Título
Nombre completo
Nombre y apellido laura daniela trujillo angel
Código del empleado
Tipo de documento
Número de documento
Fecha de emisión
Expedido por
Fecha de expiración
Dirección
Código postal
Estado
Municipio
País ESPAÑA
Correo electrónico trujilloangel2110@gmail.com
Teléfono
Celular 3232814864
Número de fax
Configuración
Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Spanish (Colombia)
JOTA

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: 06-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
TRUJILLO	ANGEL	LAURA DANIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1010247496

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES SEP AÑO 2018

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 13 a # 40 i - 03 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2799378

EMAIL trujilloangel2110@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 BASICA											*TITULO* bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2017
										X	

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: 06-dic-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá, DIC 12/2018

LAURA TRISTAN

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.

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: 06-dic-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 10-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LAURA DANIELA TRUJILLO ANGEL

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1010247496 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cra 13 a # 40 i - 03 sur **Teléfonos** 3132181006 2799378

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
KAROL YAMILE TRUJILLO ANGEL	1033714533	HERMANO(A)
ANGIE HASBLEYDI TRUJILLO ANGEL	1031153844	HERMANO(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	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 0,00

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	AHORROS	130774401667	20 DE JULIO	$ 16.728.400,00

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 10-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 acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

LAURA TRUJILLO

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 10-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Colegio Alexander Fleming

Institución Educativa Distrital
Calle 45 Sur No. 14A-19 Tel: 2795348

ACTA DE GRADO
Jornada Mañana

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los doce (04) días del mes de Diciembre de dos mil diecisiete (2017) se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario, en la rectoría del **Colegio Alexander Fleming Institución Educativa Distrital Jornada Mañana,** aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el título de Bachiller de carácter Académico según resolución No. 2204 del 30 de Julio de 2002 y 1144 del 10 de Abril de 2003.
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

TRUJILLO ANGEL LAURA DANIELA

C.C. No. 1010247496 Bogotá D.C.

Es fiel copia de Acta Original General No. 17 de fecha 04 de Diciembre de 2017 que consta de 38 alumnos que comienza con el nombre de ADAMES DEAZA KARLA LILIANA y cierra con el nombre de YATE CORTES DANIELA ALEXANDRA.

En constancia se firma la presente Acta por quienes en ella intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7º del decreto 180 de 1981.

Dada en Bogotá, D.C., a los 04 días del mes de Diciembre de 2017

JOSE VICENTE SEVILLA GARCIA
C.C. No. 410.877 de Tena, C/marca
RECTOR

JAIME ARTURO JIMENEZ JIMENEZ
C.C. No. 79.407.023 de Bogotá
SECRETARIO

No requiere registro de la Secretaría de Educación según Decretos 921 del 06 de mayo de 1994, ni sellos según Decreto 2150 del 05 de Diciembre de 1995.

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Alexander Fleming

Institución Educativa Distrital

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según Resolución de Aprobación Oficial No. 2204 de Julio 30 de 2002 y 1144 de Abril 10 de 2003

Confiere a:

TRUJILLO ANGEL LAURA DANIELA

C.C. No. 1010247496 Bogotá, D.C.

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes en concordancia con el Proyecto Educativo Institucional

En constancia firman,

José Vicente Sevilla García
RECTOR
C.C. No. 410.877 de Tena, C/marca

Jaime Arturo Jiménez Jiménez
SECRETARIO
C.C. No. 79.407.023 de Bogotá

Libro único de Registro Interno de Diplomas Acta General de Educación No. 17

Dado en Bogotá, D.C., a los 04 días del mes de Diciembre de 2017

No requiere registro, autenticación de firmas, ni uso de sellos según decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y ley 962 de julio 8 de 2005 (art. 20).

CardoDigital

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el ministerio de salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

LAURA DANIELA TRUJILLO ÁNGEL

C.C. 1.010.247.496 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCIÓN
FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

PEDRO NEL PEREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Dado en Bogotá, D.C. a los 23 Días del Mes de Junio de 2018
Anotado en el Folio 17282 Del libro 06 del Registro de FUSDESA.

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el ministerio de salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 040

ACTA INDIVIDUAL N° 17282

En Bogotá D.C. a los 23 días del Mes de Junio del año 2018
L A U R A D A N I E L A T R U J I L L O Á N G E L
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.010.247.496 de Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas, y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 17282 del Libro 06 del Registro de FUSDESA

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCIÓN
FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN "FUSDESA"

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

LAURA DANIELA TRUJILLO ANGEL

Con Cedula de Ciudadania No. 1.010.247.496

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

SISTEMAS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá, a los siete (7) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTA -
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTA
SUBDIRECTORA CENTRO DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

34042727 - 07/11/2017
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9210001145208CC1010247496C.

NIT: 900835611-9
Matricula N° 02559175 del 06 de Abril de 2015

Grupo Especilizado de Rescate y Salvamento de Colombia

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

CERTIFICA QUE:

Laura Daniela Trujillo Angel

Identificado(a) con N° de Documento.

CC: 1.010.247.496

Asistio al programa correspondiente a:

MANEJO DEL DEA

Con una duración de 08 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 16 dias de mes de Agosto de 2018

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

GERSCOL
COMPROMISO LEALTAD EFICIENCIA

Item 9.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO- GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS	CÓDIGO: AP-TH-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-01-16

Bogotá D.C

Señores:

Fundación de Socorristas Desarrollo y acción "FUSDESA"
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Auxiliar de Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma LAURA Trujillo A

No. de documento: 1.010.247.496

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: Kr 13a # 40i - 03 Sur

Teléfono: 2799378 - 3132181006



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-1999**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

26-SEP-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00949568-F-1010247496-20171026 **0058**261407A 1 49616019

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.247.496**
TRUJILLO ANGEL
APELLIDOS
LAURA DANIELA
NOMBRES

LAURA DANIELA
FIRMA



DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14480302517

(415)7707212489984(8020) 000001448030251 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 0 2 4 7 4 9 6	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TRUJILLO	ANGEL	LAURA	DANIELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 13 A 40 I 03 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
trujilloangel2110@gmail.com		3 2 3 2 8 1 4 8 8 4	

CLASIFICACION

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 8 0 8 3 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

LAURA Trujillo

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ALVARADO TRIANA OSCAR HERNAN

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:31/08/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 1010247496	LAURA DANIELA TRUJILLO ANGEL

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 13A 40I 03 SUR Teléfonos: 3232814884

Dirección electrónica: trujilloangel2110@gmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

Fecha de Inscripción: 31/08/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO REGISTRA

Fecha inicio de Actividades: 01/08/2018 Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

Version 2.01

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **9864** *de* **08/08/2018**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) TRUJILLO ANGEL LAURA DANIELA Identificado(a) con CC número 1010247496 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN FUSDESA el día 23/06/2018.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a TRUJILLO ANGEL LAURA DANIELA identificado(a) con CC número 1010247496 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **08/08/2018**

Bogotá, D.C 24 - 08 - 2018
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) LAURA DANIELA TRUJILLO
CC. # 1.010.247.496
Firma LAURA TRUJILLO

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Reviso :Sebastián Quiroz L.
Elaboro :Víctor Sánchez

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1010247496

Primer Nombre *

laura

Primer Apellido *

trujillo

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-06→3:39:45 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1010247496	LAURA	DANIELA	TRUJILLO	ANGEL	**Ver**

Información Detallada [CC: 1010247496] LAURA DANIELA TRUJILLO ANGEL

2018-12-06→3:39:45 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2018/8/08	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	13 MAR 2017	1434026 05	Andrea Mamorin, Campanar Salud
	2	17 ABR 2017	1434028 05	Angelica Sandoval C.
	3	17 MAYO 2017	1434028 05	Eliana Cabrera
	R	13 DIC. 2018	AA6664A1	Carmen Lopez

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Laura Daniela

Apellidos: Trujillo Angel

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte No. 9909240057

Fecha de Nacimiento: Día 24 Mes 09 Año 1999

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **31/08/2018 12:29:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **LAURA DANIELA TRUJILLO ANGEL**

Cargo **AUXILIAR ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 1010247496**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2	3
4	5	6
7	8	9

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

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

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

AL EXAMEN FISICO APTO PARA EL CARGO.
USO DE EPP SEGUN LABOR, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS OSTEMUSCULARES, HIGIENE POSTURAL ADECUADA, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES TRABAJO SEGURO Y RIESGOS DE CAIDA EN LA EMPRESA. INGRESAR A LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PROPIOS DE LA EMPRESA ACORDES CON LOS RIESGOS EXISTENTES EN LOS LUGARES DE TRABAJO DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 1409 DEL 23 DE JULIO DE 2012 Y RECOMENDACIONES GENERALES APTITUD

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

Clara Inés Restrepo D.
Dra. Clara Ines Restrepo D.
Médica Especialista Salud Ocupacional
L.S.O. 0274/8

CLARA INES RESTREPO DIEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Trabajador: LAURA DANIELA TRUJILLO ANGEL
CC 1010247496
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

NIT 900835611-9
Matricula N° 02559175 del 06 de Abril de 2015

Grupo Especilizado de Rescate y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Laura Daniela Trujillo Angel

Identificado(a) con N° de Documento.

CC: 1.010.247.496

Asistio al programa correspondiente a:

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una duración de 40 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 10 dias de mes de Diciembre de 2018.
Vigencia hasta el dia 10 del mes de Diciembre de 2019
Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

GERSCOL
COMPROMISO LEALTAD EFICIENCIA

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

NIT: 900835611-9
Matricula N° 02559175 del 06 de Abril de 2015

Grupo Especilizado de Rescate
y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Laura Daniela Trujillo Angel

Identificado(a) con N° de Documento.

CC: 1.010.247.496

Asistio al programa correspondiente a:

SOPORTE VITAL BASICO

Con una duración de 40 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 16 dias de mes de Agosto de 2018

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

GERSCOL
LEALTAD
COMPROMISO
EFICIENCIA

Item 29

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

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

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

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

FECHA: 12/12/18 | CIUDAD: Bogotá | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Trujillo	Angel	Laura	Daniela

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1010.247.496	Bogotá - Cundinamarca	2017/09/26
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
24/09/99	Bogotá - Cundinamarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐			3132181006

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kr 13a #40f - 03 Sur	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	2799378

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA:		
trujilloangel2110@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	8422
	NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de servicios de salud centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ ☐ NIT

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

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
cra 48 # 1-13 sur	3282020.	Bogota.	Cundinamarca.	colombia.

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	500.000	AHORROS	400.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1'500.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	100.000	OTROS EGRESOS*	220.000	OTROS ACTIVOS*	100.000	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1'600.000	TOTAL EGRESOS	720.000	TOTAL ACTIVOS	500.000	TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Mayuri	Omaira	Avelino	Fuentes
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Kr 130 H 42 Sur 30	Bogotá - Cundinamarca	Amigo	3202527172

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta ahorros	008400788504	oficina Veinte de julio	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Apoyo a la gestion como Aux. 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 admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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

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

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogacos internos y extecrnos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, qué lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LAURA DANIELA TRUJILLO ANGEL identificado(a) con cedula ciudadania 1.010.247.496 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20181114	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 7 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A SOLICITUD DEL USUARIO

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: LAURA TATIANA SUAREZ
10515867

CER-AFI

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

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LAURA DANIELA TRUJILLO ANGEL** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1010247496,** se encuentra afiliado (a) desde **04/09/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 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.

Item 32

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.010.247.496	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Laura	Daniela	Trujillo	Angel
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

24/09/1999	Bogotá	Kr 13a # 40i - 03 Sur	2799378
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Colpensiones	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

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

trujilloangel@gmail.com	3132181006.
Correo Electrónico	Celular

LAURA Trujillo
Firma del Afliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52.431.204 Bta
Enfermera P.U.S.S.O.
Firma y Nombre Supervisor del Contrato
c.c. 52431204

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118870503

WEB
03:34:23

Bogotá DC, 06 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) LAURA DANIELA TRUJILLO ANGEL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010247496:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 06 de diciembre de 2018, a las 03:33:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1010247496
Código de Verificación	1010247496181206033303

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede consultar la autenticidad del Certificado

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2591331

Bogotá D.C., 6 de Diciembre de 2018 - 3:31 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIEZ MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS**

1010247496

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_AIPR2_313
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 03:28:45 horas del 06/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1010247496

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.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,

10/12/2018

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LAURA DANIELA TRUJILLO ANGEL** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1010247496**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550008400788504**
Saldo a la fecha	**167,284.80 Pesos**
Fecha de apertura	**04/09/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA