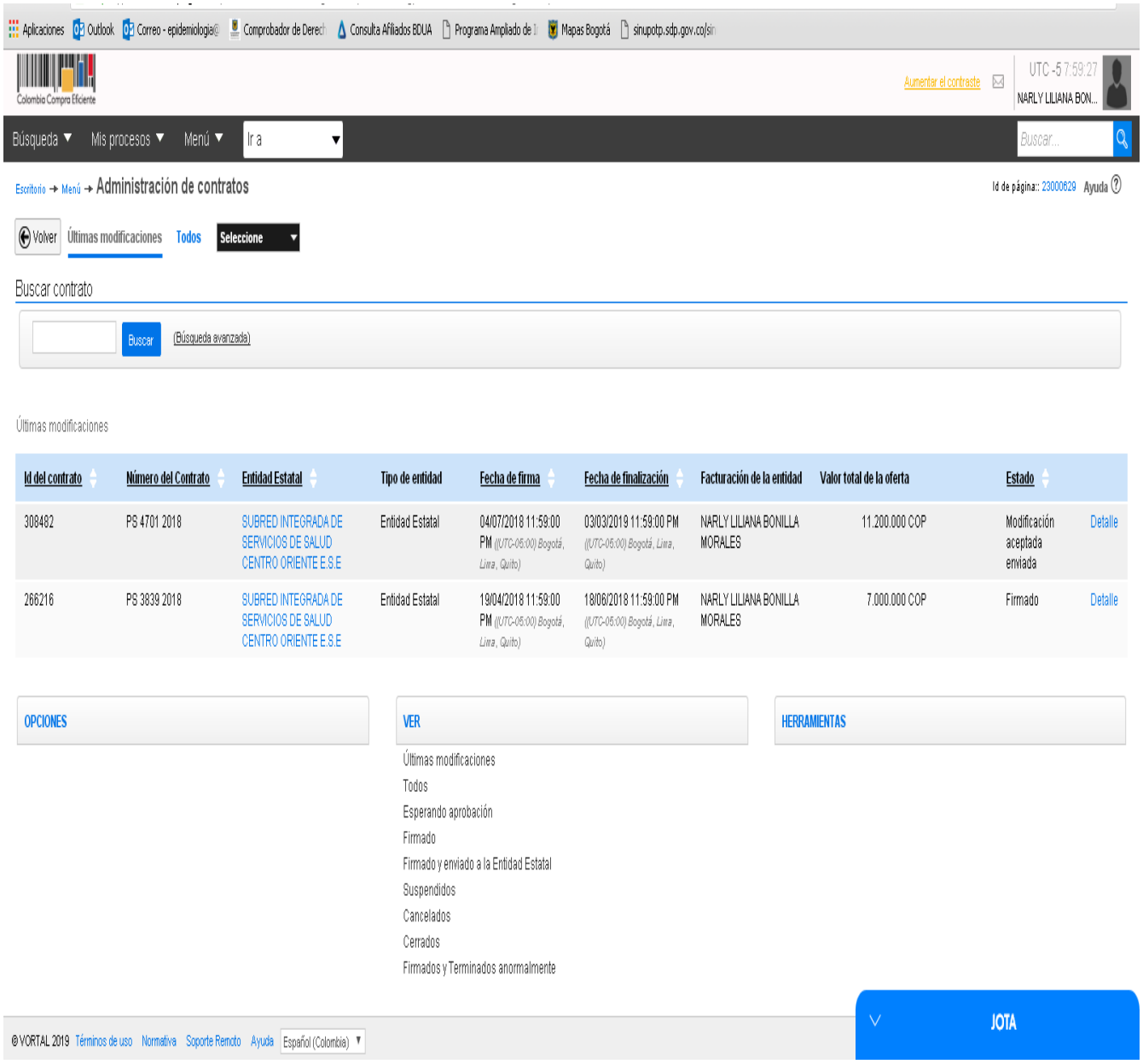

Aplicaciones
Outlook
Correo - epidemiologia@
Comprobador de Derech
Consulta Afiliados BDUA
Programa Ampliado de I
Mapas Bogotá
sinupotp.sdp.gov.co/sin
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 7:59:27
NARLY LILIANA BON...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Id de página:: 23000629
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
308482
PS 4701 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
04/07/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
03/03/2019 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
NARLY LILIANA BONILLA MORALES
11.200.000 COP
Modificación aceptada enviada
Detalle
266216
PS 3839 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
19/04/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
18/06/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
NARLY LILIANA BONILLA MORALES
7.000.000 COP
Firmado
Detalle
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (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: 22-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BONILLA	MORALES	NARLY LILIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52955764

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES JUL AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 13 Sur No 19A Este

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3845698

EMAIL narlylili33@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
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2001
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		PSICOLOGO	3	2011	1235764

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: 22-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 2091480	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 10 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: PSICOLOGA	*DEPENDENCIA*: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	*DIRECCIÓN*: KR 3A ESTE 31C 21 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE SAN CRISTOBAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: epidemiologiaesesancristobal@gmail.com	
TELÉFONOS: 2091840	*FECHA DE INGRESO*: DIA 16 MES 7 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: PSICOLOGA	*DEPENDENCIA*: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	*DIRECCIÓN*: KR 3A ESTE 31C 21 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ACJ	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2875315	*FECHA DE INGRESO*: DIA 16 MES 9 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 3 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: PSICOLOGA	*DEPENDENCIA*: PREVENCION	*DIRECCIÓN*: KR 16A 28B 33	

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	2	12
PRIVADO	3	5

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: 22-ene-2019

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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

BOGOTÁ, 22-01-2019

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

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: 22-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NARLY LILIANA BONILLA MORALES

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52955764 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Calle 13 Sur No 19A Este **Teléfonos**3118433044 3845698

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUZ STELLA MORALES CAMERO	51910080	MADRE
OSCAR FRANCISCO BONILLA CHAPARRO	79263785	PADRE

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	$ 30.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 30.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008480354219	20 DE JULIO	$ 2.500.000,00

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
CODENSA	VARIOS	$ 700.000,00

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

NARLI LILIANA BONILLA MORALES

con cédula de ciudadanía No. 52.955.764 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

PSICÓLOGA

En testimonio de ello le expide el presente diploma
y se firma en Bogotá el día 18 de Marzo de 2011

Rector (E)

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Colegio Distrital

"José Félix Restrepo"

Jornada Tarde

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., según Resolución No. 7529 del 20 de Noviembre de 1998.

Confiere a:

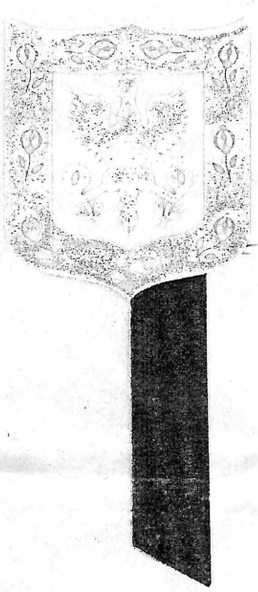
Narli Liliana Bonilla Morales

C. C. No. 52.955.764 de Bogotá, D. C.

El Título de

Bachiller Académico

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



Rector

Secretaria

Registro Interno

Acta No. 21 Folio No. 07

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994

Dado en Bogotá, D.C., a 5 de Diciembre de 2001

Kamay-258 45 36

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 1-01-2011

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA: PSICOLOGIA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: SNIES 4064

FECHA: 18 DE MARZO DE 2011

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - BOGOTÁ

En atención a que NARLI LILIANA BONILLA MORALES

con cédula de ciudadanía No. 52,955,764 de BOGOTA,D.C.

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de PSICOLOGA

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta

No. 01 en sesión del día 9 de FEBRERO de 2011

Para constancia se suscribe por:

CESAR AUGUSTO PEREZ GONZALEZ
Rector (E)

JUAN CARLOS PEREZ SOTO
Director(a) Seccional

JOSE EDINSON SANCHEZ MONTAÑA
Decano(a) Facultad

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

THOMAS GREG & SONS.

Acta de Grado

Colegio Distrital
"José Félix Restrepo"
Carrera 6ª No. 18A-20 A Sur - Tel. 272 91 85
Jornada Tarde

Inscripción S.E. :3209
Dane: 11100135533

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 5 días del mes de Diciembre de 2001 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Colegio Distrital "JOSÉ FÉLIX RESTREPO" Jornada Tarde, Institución aprobada hasta nueva determinación, en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 7529 del 20 de Noviembre de 1998.

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 de documento de identidad se relacionan a continuación:

Narli Liliana Bonilla Morales
C. C. No. 52.955.764 de Bogotá, D. C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 21 de fecha Diciembre 5 de 2001 que consta de 104 alumnos graduados, comienza con el nombre de Amaya Ariza Nataly Esperanza y se cierra con el nombre de Zamudio Otálora Diana Carolina.

Firmada y sellada por Luis Alfonso Aguirre Murcia Rector y Martha Cecilia Pinzón Beltrán Secretaria

Dada en Bogotá D.C., a los 5 días del mes de Diciembre de 2001

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.
No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994

Rector
C.C. No. 19.074.350 de Bogotá

Secretaria
C.C. No. 51.692.416 de Bogotá

KAMAY - IMPRESORES
258 45 36

FUNDACION VIVE

SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Colombia

FUNDACION SOCIAL VIVE COLOMBIA
Y
EL PROGRAMA ACCION SOCIAL SENA

CERTIFICAN QUE:

BONILLA MORALES NARLY LILIANA

CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACION No. 52955764

Asistió al programa de Acción Social del SENA con intensidad de 60 horas al curso básico de:

SISTEMAS BASICOS

Ing. **OSCAR CARDENAS MORA**
Director Ejecutivo
FUNDACION SOCIAL VIVE COLOMBIA

Dra. **ROSA VICTORIA SUAREZ**
Coordinadora Acción Social
SENA

Bogotá, D.C, Diciembre 7 de 2002

Universidad de Buenos Aires

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Psicología

Certificado

Por medio de la presente se deja constancia que Narly Liliana Bonilla Morales ha participado del ciclo de conferencias *"Psicología Organizacional y Alta Gerencia"*. con una duración total de doce (12) horas. El mismo se ha realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, durante los días 12, 13 y 14 de mayo de 2008.

Lic. Jorge A. Biglieri
Secretario de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario
Facultad de Psicología UBA

Universidad de Buenos Aires

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Por medio de la presente se deja constancia que Narly Liliana Bonilla Morales ha participado del ciclo de conferencias "Psicología Organizacional y Alta Gerencia" con una duración total de 12 hs.

El mismo se ha realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires durante los días 12, 13 y 14 de Mayo de 2008.

Lic. Jorge Biglieri

Secretario de Extensión Universitaria
Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires

FUNDACION HOGARES CLARET

Comunidad Terapéutica

Regional Cundinamarca

Certifica que:

NARLY LILIANA BONILLA M.

C.C 52.955.764

Se capacito en el **CURSO DE FORMACION INSTITUCIONAL** de la Fundación Hogares Claret.
Recibiendo toda la inducción acerca del Modelo de intervención, lineamientos misión y visión, estructura, planeación y programas Institucionales. dado en Bogotá a los 14 días de Agosto de 2009.
Intensidad de 16 horas

LORRAINE GARCIA GUZMAN
Comité Regional

MARIO MONTOYA PEREIRA
Director Regional de Atención

La Fundación Hogares Claret

Certifica que

Narly Liliana Bonilla Morales

Participó en el

Congreso Internacional

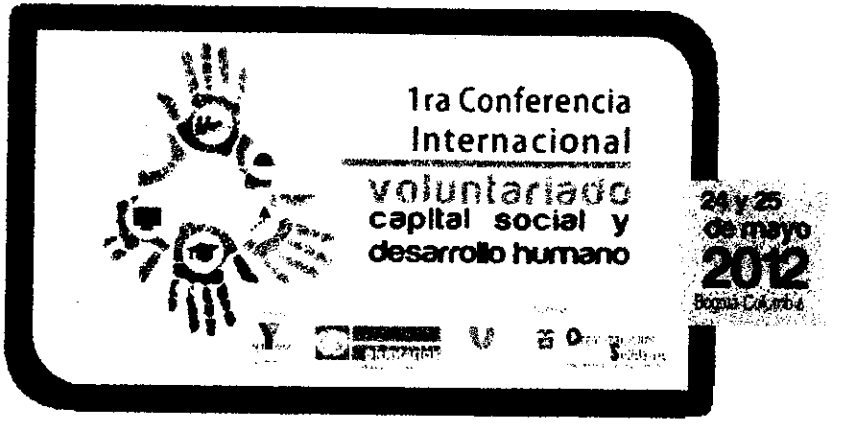
«Mejores Prácticas de Tratamiento en Comunidad Terapéutica»

«La importancia de la Certificación Internacional de Consejeros Terapéuticos

Realizado en la Ciudad de Medellín - Colombia, del 14 al 16 de Octubre de 2009

Con una intensidad de 30 horas

P. Gabriel Antonio Mejía Montoya
Presidente Hogares Claret



La Asociación Cristiana de Jóvenes, la Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Sociales, IAVE y Naciones Unidas

Hacen constar que

Narly Bonilla

Participó en la 1ra Conferencia Internacional
Voluntariado, Capital Social y Desarrollo humano,
llevada a cabo en Bogotá los días 24 y 25 de mayo de 2012

Gloria Hidalgo
Directora General
ACJ - YMCA

Luis E. Otero Coronado
Director Nacional
Organizaciones Solidarias de Colombia

COLMENA
vida y riesgos profesionales

FORMAR
Formación en Prevención y Gestión Integral del Riesgo

FISO

CERTIFICAMOS QUE

Nombre ***NARLY BONILLA***

Empresa ***ASOC. CRISTIANA DE JOVENES DE BTA Y CUNDINAMARCA***

Asistió a la capacitación

PSICOLOGIA DE LA EMERGENCIA Y MANEJO DE CRISIS

Con una intensidad horaria de 4 horas.

Se firma en BOGOTA a los 31 días del mes de MAYO de 20 13

Gerente Regional Centro

V.P. Técnico Médica

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Carrera Compañía de Seguros de Vida S.A.

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, NARLY LILIANA BONILLA MORALES 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:

PSICOLOGA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 52955764

Tarjeta profesional No: 123574

Dirección de contacto: CL 13 SUR 19A-20 ESTE

Teléfono: 3118433044

ACJ YMCA

Personería Jurídica No. 655 de Febrero 13 de 1965
Entidad Sin Ánimo de Lucro NIT.:860.018.862-1

Carrera 16A No. 28B-33 Bogotá-Colombia
Sitio en internet:
E-Mail

Bogotá D.C, Marzo 1 de 2015

COP: 200.15

CONSTANCIA

Estamos certificando que la señora **NARLI LILIANA BONILLA MORALES,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 52.955.764 de Bogotá, laboró en nuestra institución ocupando el cargo de **PSICOLOGA**, desde el 16 de Septiembre de 2011 hasta el 1 de Marzo de 2015, mediante contrato laboral a termino fijo a un año renovable.

Cordialmente,

GLORIA HIDALGO
Directora General

c.c. Folder de personal

E.S.E
SAN
CRISTOBAL
NIT. 800216538-0

LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **NARLI LILIANA BONILLA MORALES**, identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA N°52955764 de Bogotá**, suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes órdenes prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

No de Contrato	Valor	Fecha Inicial	Fecha Final
No Contrato 2327-2015	$ 9,108,603	2015-07-16	2015-10-15
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO PSICOLOGO PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES EN EL CONTRATO 1283-2015 SUSCRITO ENTRE LA ESE SAN CRISTOBAL Y EL F.F.D.			
OBLIGACIONES: OBLIGACION DE HACER: 1-Prestar sus servicios como Psicologo para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2- Apoyar la prestacion de servicios en el PIC, presentado la informacion y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3- Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.			
No Contrato 3463-2015	$ 3,036,201	2015-12-01	2015-12-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO PSICOLOGO PARA AREA DE VIGILANCIA EPIDEMILOGICA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
OBLIGACIONES: OBLIGACION DE HACER: 1-Prestar sus servicios como Psicologo para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2- Apoyar la prestacion de servicios en el PIC, presentado la informacion y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3- Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.			
No Contrato 94-2016	$ 3,036,201	2016-01-01	2016-01-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO PSICOLOGO PARA AREA DE VIGILANCIA EPIDEMILOGICA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
OBLIGACIONES: OBLIGACION DE HACER: 1-Prestar sus servicios como Psicologo para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2- Apoyar la prestacion de servicios en el PIC, presentado la informacion y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3- Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.			
No Contrato 1032-2016	$ 12,967,008	2016-02-11	2016-06-10
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO PSICOLOGO PARA EL AREA DE VIGILANCIA DE VIGILANCIA EPIDEMILOGICA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
OBLIGACIONES: OBLIGACION DE HACER: 1-Prestar sus servicios como Psicologo para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2- Apoyar la prestacion de servicios en el PIC, presentado la informacion y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3- Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.			

E.S.E
SAN
CRISTÓBAL
NIT. 800216538-0

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y prestación de los servicios contratados.

Nota: La información antes relacionada de carácter contractual queda sujeta a las liquidaciones efectuadas o por efectuar, razón por la cual se le sugiere solicitar copia de ellas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el jueves 21 de julio del 2016.

Cordialmente,

Virmary Angela Ortiz Herrera
Jefe Asesora Oficina Jurídica

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.955.764**
BONILLA MORALES

APELLIDOS
NARLI LILIANA

NOMBRES



FIRMA



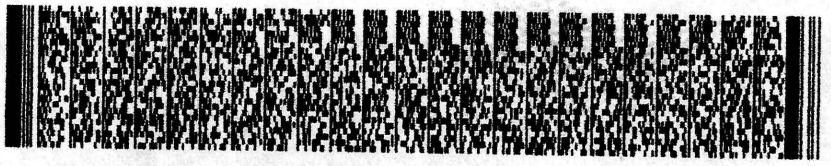
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUL-1983**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-SEP-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00660019-F-0052955764-20150124 **0042444652A 1** 1543196944

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 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14463593235

(415)7707212489984(8020) 000001446359323 5

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

IDENTIFICACION

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

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
BONILLA	MORALES	NARLI	LILIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CL 13 SUR 19 A 20 ESTE BRR SAN CRISTOBAL SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
narlylili33@gmail.com		3 1 1 8 4 3 3 0 4 4	3 8 4 5 6 9 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 8 0 3 2 6	7 2 2 0	2 0 1 1 0 3 1 1	7 4 9 0			

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:	1 2																									

COPIA NO CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 3 2 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre BONILLA MORALES NARLI LILIANA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52955764-6 NARLI LILIANA BONILLA MORALES

Información General

Dirección CL 13 SUR 19A 20 ESTE

Teléfonos 3845698/3118433044

Dirección electrónica narlylili33@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 21/01/2015

Soporte Inscripción 16424086

Fecha Inicio Actividades 21/01/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 72202-INVESTIGACIONES Y DESARROLLO EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y LAS HUMANIDADES EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 4: -

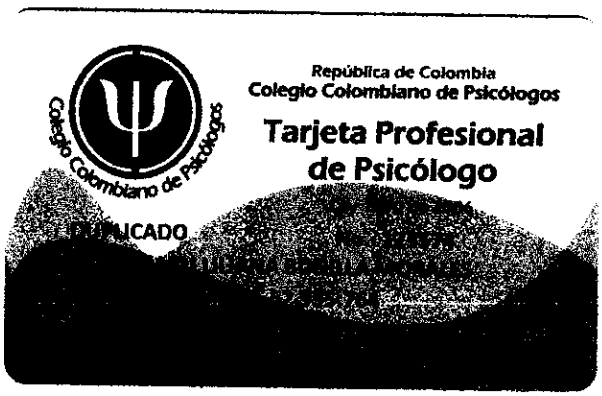
Actividad 5: -

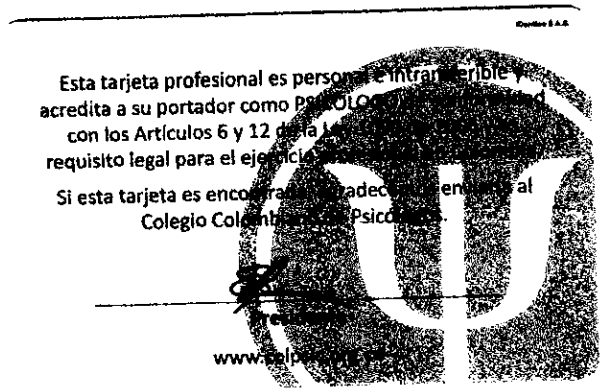
Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002815220

Fuente ICA TE TOCA

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


República de Colombia
Colegio Colombiano de Psicólogos
Tarjeta Profesional
de Psicólogo
Colegio Colombiano de Psicólogos


Esta tarjeta profesional es personal e intransferible y
acredita a su portador como
con los Artículos 6 y 12 de la
requisito legal para el ejercicio
Si esta tarjeta es encontrada agradecemos entregarla al
Colegio Colombiano de Psicólogos.
www.colpsic.org.co

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **5698** *de* **26/05/2015**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BONILLA MORALES NARLI LILIANA Identificado(a) con CC número 52955764 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de PSICOLOGO(A) otorgado por LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA el dia 18/03/2011 y registrado en el libro 12 Folio 60 año 2011

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 BONILLA MORALES NARLI LILIANA identificado(a) con CC numero 52955764 expedida en BOGOTA D.C para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 26/05/2015

Isabel Cristina Artunduaga P.
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó: Daniel Ortiz B.
Elaboró: Victor Sánchez

Bogotá, D.C. 10 JUN 2015
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) NARLI BONILLA
CC. # 52955764
Firma

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 *

52955764

Primer Nombre *

NARLI

Primer Apellido *

BONILLA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2019-01-22→11:39:37 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52955764	NARLI	LILIANA	BONILLA	MORALES	Ver

Información Detallada [CC: 52955764] NARLI LILIANA BONILLA MORALES

2019-01-22→11:39:37 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	NO DISPONIBLE 3	2015/5/26	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
UNV	Local	PSICOLOGIA	2015/5/26	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).

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

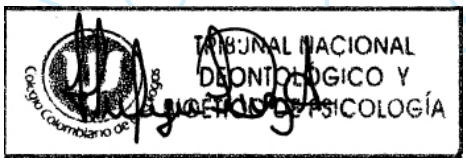
TRIBUNAL NACIONAL DEONTOLÓGICO Y BIOÉTICO DE PSICOLOGÍA

La suscrita Abogada Secretaria del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología hace constar que una vez consultados los registros de los Tribunales Departamentales Deontológicos y Bioéticos de Psicología, NO se encontró que NARLI LILIANA BONILLA MORALES identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 52955764 y con Tarjeta Profesional N° 123574 expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

La presente certificación tiene validez de seis (6) meses, y no acredita la calidad de Psicólogo.

Se expide en Bogotá, D.C., a los veintidos (22) días del mes de enero del año dos mil diecinueve (2019).

Cordialmente,



HELGA LIDBY DIAZ ACOSTA
Abogada Secretaria
Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología
Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic
tribunal.nacional@colpsic.org.co

Nota: La veracidad de este antecedente puede ser consultado en la página del Colegio Colombiano de Psicólogos www.colpsic.org.co en el link correspondiente a "Constancias"

Copia Carnet

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Naili Liliana

Apellidos: Bonilla Morales

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52955769

Fecha de Nacimiento: Día 29 Mes 04 Año 1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	3	10/11/2009		
	4	16/06/2015		
	5	13 DIC. 2016		Diana P. Rodriguez
Contra Hepatitis B	1	15/10/2009		
	2	22/06/2015	compensar	
	3	13 DIC. 2016	1434025	Diana P. Rodriguez
	R	13 Dic/2019		

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

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9796 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565908
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud

Nit: 830.015.894-4



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 30 | 9 | 2016

EXAMEN: [X] Preocupacional o Ingreso [ ] Pos-ocupacional o Egreso [ ] Periódico

NOMBRES: NARLI LILIANA BONILLA MORALES C.C. 52.955.764 EDAD: 33 SEXO M F

EMPRESA: SUDRED CENTRO ORIENTE CARGO: PSICOLOGA Tel.: Cel 3118433044

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral	X	
Espirometria		
Audiometria		
Visiometría		
Optometría		
Electrocardiograma		
Psicología Laboral		
Radiología (Tórax/Cuerpo Columna Tórax)		

	NORMAL	ANORMAL
Respiratorio	X	
Dermatologia	X	
Osteomuscular	X	
Cardiovascular	X	
Vacunas		
Prueba de Equilibrio		
Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		

	NORMAL	ANORMAL
Serología		
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo		
Varios		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) — Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO		SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	—	—	Aplazado	—	—
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo	Si	—	No apto para este cargo	—	—
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel	—	—			

Examen PERIODICO satisfactorio SI — NO —

Examen de EGRESO satisfactorio SI — NO —

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	✓	6. Control Audiometrico		11. Estilos de Vida Saludable	✓
2. Pausas Activas	✓	7. Uso de Doble Proteccion Auditiva		12. Evitar Posturas Prolongadas	✓
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	✓	8. Control Optometrico Periodico	✓	13. Uso de Medias de Compresión Graduado	
4. Uso de Elementos de Protección Personal	✓	9. Uso de Lentes permanentes	✓	14. Valoración y Manejo en IPS	
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral		10. Control de Tension Arterial		Dicto - equino pinzo.	

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Jaime Hernestor Garzón Rodriguez
Medico Especialista Salud Ocupacional U.N
Licencia 1888 S.S.S

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

C.C. No. 52955764

Huella

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 - SARLAFT

FECHA:	2019-01-22	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
BONILLA	MORALES	NARLY	LILIANA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. X	R.C.	NUIP	52955764	BOGOTA	2001-09-03
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1983-07-29	BOGOTA	COLOMBIANA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) X / CASADO(A) / DIVORCIADO(A) / UNION LIBRE	1		3118433044

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 13 SUR 19A 20 ESTE	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	3845698

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
narlylili33@gmail.com		PROPIA / FAMILIAR / ARRENDADA X		

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. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO / SOCIO / PROFESIONAL INDEPENDIENTE	ESTUDIANTE / CONTRATISTA X / EMPLEADO SOCIO	HOGAR / COMERCIANTE	PENSIONADO / EMPLEADO PUBLICO / OTRA. . . .	CUAL:	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI / NO X	IVA	SI	NO X		8692
		ICA	SI X	NO	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI / NO X			SI / NO X		SI / NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI X / NO	SI / NO X	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA									# NIT	
GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD							9.009.590.517
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	FINANCIERA	TRANSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MEDICAMENTOS			
OTRA	CUAL: X									

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diagonal 34 No. 5-43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA

CARGO ACTUAL	PSICOLOGA	FECHA VINCULACION	2016-10-03

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

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	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 3.000.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 3.000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 3.000.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 3.000.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 0**	TOTAL PASIVOS	**$ 0**

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PULIDO	CHAVARRO	CLAUDIA	PATRICIA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CL 9 SUR 1C 64 ESTE	COLOMBIA	CONOCIDA	3013034350

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	4,55986E+15	20 DE JULIO	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ 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.):

TECNOLOGO ADMINISTRATIVO

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.

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 requeriria 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 comercials, 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.

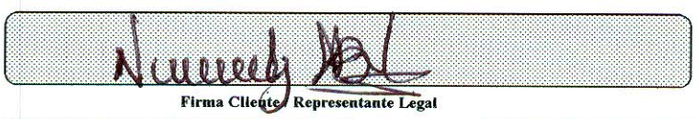
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende 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 peronas 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 medica, abogados internos y exteernos, 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, 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 capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

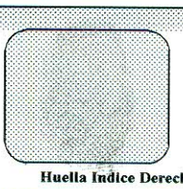
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS 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:		

Certificado de Afiliación

La Señora Narli Liliana Bonilla Morales , identificada con Cédula Ciudadanía 52.955.764, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

Información del Afiliado:

Nombre:	Narli Liliana Bonilla Morales		
Número de identificación:	52955764	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	03/02/2011	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CR 13 SUR 19A 20 ESTE	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	2892825	Depto. Residencia:	Bogota D.C.

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52955764	Narli Liliana Bonilla Morales	01/12/2015	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

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

Se firma y expide en Bogotá a los 21 días del mes de Enero de 2019, a solicitud del interesado.

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

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

CORDIALMENTE



NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BONILLA MORALES NARLI LILIANA** identificado(a) con **CC** número **52.955.764** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de marzo de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018032320194

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52955764
Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR
ARL

NABLA	LILIANA	BONILLA	MORALES
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

29-07-1983	BOGOTÁ	CL 13 SUR 19A 20 ESTE	3845698
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

CRUZ BLANCA	PROTECCIÓN	$ 3'000.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

PSICOLOGA
Escriba su perfil tecnico o profesión
Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

NABLALILI33@GMAIL.COM
Correo Electrónico

3118433044
Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121026722

WEB
21:04:29

Bogotá DC, 21 de enero del 2019

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) NARLI LILIANA BONILLA MORALES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52955764:

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 lunes 21 de enero de 2019, a las 21:11:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52955764
Código de Verificación	52955764190121211127

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2712794

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 21:07 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NARLI LILIANA BONILLA MORALES**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO** de BOGOTA

52955764

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.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_GC5B_0721
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 21:11:40 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52955764**
Apellidos y Nombres: **BONILLA MORALES NARLI LILIANA**

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.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. 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. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

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

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/03/24

Por medio de la presente hacemos constar que la señora NARLI LILIANA BONILLA MORALES
con Cédula de Ciudadanía número 52955764
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	008480354219
Fecha Apertura	2015/06/17

DAVIVIENDA
0084 - OFICINA VEINTE DE JULIO

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA