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 TALENTO HUMANO**
**FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS**

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

## A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROCESO SOLICITANTE: | | FECHA | 22/01/2019 | Nº FOLIOS | |
| NOMBRE DEL CANDIDATO | ANGELICA MARIA MORENO TORRES | | | DOCUMENTO: | 39579680 |
| TELEFONO | 3202327701 | | | ACTIVIDAD SOLICITADA: | ENFERMERA |

**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

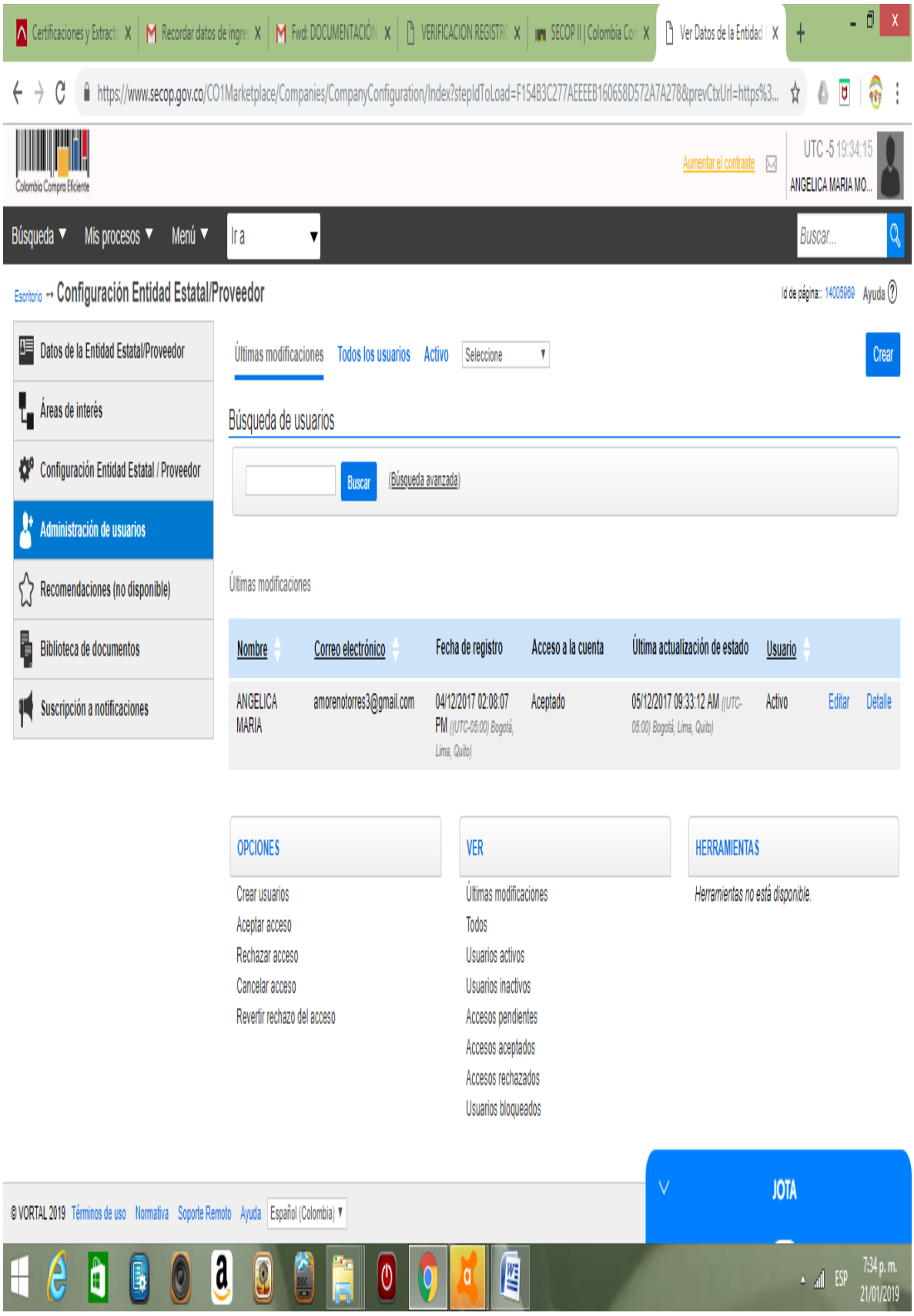
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG | SI | | | |
| 2 | SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017) | SI | | | |
| 3 | FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO) | SI | | | |
| 4 | DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995) | SI | | | |
| 5 | DIPLOMAS ACADÉMICOS | SI | | N/A | |
| 6 | ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO | SI | | N/A | |
| 7 | CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES | SI | | NO | |
| 8 | SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015) | SI | | N/A | |
| 9 | FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales) | SI | | N/A | |
| 10 | CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) | SI | | N/A | |
| 11 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150% | SI | | | |
| 12 | REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU _____ | SI | | | |
| 13 | REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT | SI | | | |
| 14 | LIBRETA MILITAR (Hombres) | SI | | N/A | |
| 15 | TARJETA PROFESIONAL | SI | | N/A | |
| 16 | RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud) | SI | | N/A | |
| 17 | CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud) | SI | | N/A | |
| 18 | ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración) | SI | | N/A | |
| 19 | CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes ( - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva) | SI | | N/A | |
| 20 | EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013) | SI | | | |
| 21 | CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa) | SI | | N/A | |
| 22 | CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años | SI | | N/A | |
| 23 | CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014 | SI | | N/A | |
| 24 | CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias) | SI | | N/A | |
| 25 | CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH) | SI | | N/A | |
| 26 | CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros) | SI | | N/A | |
| 27 | LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores) | SI | | N/A | |
| 28 | ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia) | SI | | N/A | |
| 29 | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella | SI | | | |
| 30 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____ | 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: _____ | SI | | | |
| 33 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses) | SI | | | |
| 34 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses) | SI | | | |
| 35 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses) | SI | | | |
| 36 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses) | SI | | | |
| 37 | CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta) | SI | | | |

## D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| V°B° Responsable Talento Humano | | Fecha: | |

Scanned with CamScanner




Certificaciones y Extracto
Recordar datos de ingreso
Fwd: DOCUMENTACIÓN
VERIFICACION REGISTRO
SECOP II | Colombia Com
Ver Datos de la Entidad
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?stepIdToLoad=F154B3C277AEEEEB160658D572A7A278&prevCtxUrl=https%3...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 19:34:15
ANGELICA MARIA MO...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página: 14005969
Ayuda
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Últimas modificaciones
Todos los usuarios
Activo
Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre
Correo electrónico
Fecha de registro
Acceso a la cuenta
Última actualización de estado
Usuario
ANGELICA MARIA
amorenotorres3@gmail.com
04/12/2017 02:08:07 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
05/12/2017 09:33:12 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle
OPCIONES
Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso
VER
Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados
HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
ESP
7:34 p. m.
21/01/2019

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

Última Actualización: 22-ene-2019

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| MORENO | TORRES | ANGELICA MARIA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 39579680

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES ENE AÑO 1982

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Girardot

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 6 b bis 79 C - 08

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3202327701

EMAIL amorenotorres3@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 1999 |
| | | | | | | | | | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ES | 3 | X | | ENFERMERO (A) | 11 | 2012 | |

Scanned with CamScanner

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

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 | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Subred centro oriente | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3444484 | DIA 1 MES 8 AÑO 2018 | DIA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| enfermera | Salud publica | Dg. 34 #5-43, Bogotá |

**EMPLEO O CONTRATO**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Subred integrada de servicios de salud Sur | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 48525401 | DIA 1 MES 9 AÑO 2016 | DIA 31 MES 7 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| enfermera | Salud publica | Cra 20 47B 35 |

**EMPLEO O CONTRATO**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital Vista Hermosa | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7300000 | DIA 1 MES 10 AÑO 2012 | DIA 31 MES 7 AÑO 2016 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| enfermera | Salud publica | Barrio Candelaria |

Scanned with CamScanner

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

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: Fundación cardio infantil | PÚBLICA: | PRIVADA: X | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | |
| TELÉFONOS: 6672727 | FECHA DE INGRESO: DIA 13 MES 1 AÑO 2012 | FECHA DE RETIRO: DIA 1 MES 2 AÑO 2012 | |
| CARGO O CONTRATO: enfermera | DEPENDENCIA: asistencial | DIRECCIÓN: Clle 163 13 B 60 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Rafael Uribe Uribe | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | |
| TELÉFONOS: 2093002 | FECHA DE INGRESO: DIA 7 MES 8 AÑO 2008 | FECHA DE RETIRO: DIA 28 MES 9 AÑO 2012 | |
| CARGO O CONTRATO: enfermera | DEPENDENCIA: Salud publica | DIRECCIÓN: Barrio San Jose Obrero | |

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| PUBLICO | 9 | 11 |
| PRIVADO | 0 | 0 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 9 | 11 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Scanned with CamScanner

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

Última Actualización: 22-ene-2019

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA* 22/01/19

## 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*

Scanned with CamScanner

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,** ANGELICA MARIA MORENO TORRES
**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 39579680 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
**Dirección** Clle 6 b bis 79 C - 08 **Teléfonos** 3202327701 3202327701

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| RUBELIA TORRES NUÑEZ | 20619855 | MADRE |

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 0,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 39.600.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 39.600.000,00 |

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 | 4870379304 | CENTRO COMERCIAL | $ 2.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| VEHICULO | IMP 916 | $ 45.000.000,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| DAVIVIENDA | CREDITO | $ 30.000.000,00 |

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

Scanned with CamScanner

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

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 (X) NO ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| JOSE ANTONIO VALDES BERMUDEZ | C.C (X) C.E ( ) T.I. ( ) | 11220941 |

## 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

Scanned with CamScanner

U·D·E·C·

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional

# La Universidad de Cundinamarca

Creada mediante Ordenanza No. 045/69 - Resolución No. 19530/92 - M.E.N.

Le confiere a

## Angelica María Moreno Torres

C.C. No. 39.579.689 expedida en Girardot (Cund.)

El título de

# Enfermera

Por haber aprobado las exigencias académicas reglamentarias de la carrera

En testimonio de ello se expide el presente

# DIPLOMA

En la ciudad de Girardot a los 16 días de Diciembre de 2005

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 2 Circulo Notarial de Girardot
JORGE ELIECER CHAUTA JIMENEZ
15 JUL. 2010
Esta fotocopia coincide exactamente con el original que tuve a la vista

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA**
**Seccional Girardot**
**NIT 890-680062-2**
**Oficina de Admisiones, Registro y Control Académico**

## *PROGRAMA: ENFERMERIA*

### *ACTA DE GRADO No. 088*

*La Universidad de Cundinamarca, con domicilio principal en la ciudad de Fusagasugá, representada por el Rector, el Secretario General y el Decano de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD, programa ENFERMERIA, Seccional Girardot, aprobado por Acuerdo No. 0048 del 12 de Diciembre de 1996, en ceremonia del día 16 del mes de diciembre del año 2005, otorga el título de:*

***ENFERMERA***

***A***

***ANGELICA MARIA MORENO TORRES***
*CC 39.579.680 de Girardot*

*Quien terminó a satisfacción todos los estudios correspondientes y cumplió con los requisitos reglamentarios del Programa.*

*En nombre y representación de la Universidad de Cundinamarca, previo el juramento de rigor, el Rector hizo entrega del diploma correspondiente.*

*En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Girardot, a los 16 días del mes de diciembre del año 2005, válida para todos los efectos legales correspondientes.*

*FDO. EL RECTOR : ADOLFO MIGUEL POLO SOLANO*
*FDO. EL DECANO DE FACULTAD: JAIME ALBERTO CASTRO DIAZ.*
*FDO. EL GRADUANDO: ANGELICA MARIA MORENO TORRES*
*FDO. EL SECRETARIO GENERAL: ADRIANO MUÑOZ BARRERA*

*Anotada al Libro 07 folio 088*

*La anterior es fiel copia tomada de su original en lo pertinente.*

*Girardot, diciembre 16 del 2005.*

***GLORIA MORALES DE BELTRAN***
***Directora de Seccional***

***Documento válido sin sellos- Decreto 2150 de 1995.***

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA**
**Seccional Girardot**
**NIT 890-680062-2**
**Oficina de Admisiones, Registro y Control Académico**

## *PROGRAMA: ENFERMERIA*

### *ACTA DE GRADO No. 088*

*La Universidad de Cundinamarca, con domicilio principal en la ciudad de Fusagasugá, representada por el Rector, el Secretario General y el Decano de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD, programa ENFERMERIA, Seccional Girardot, aprobado por Acuerdo No. 0048 del 12 de Diciembre de 1996, en ceremonia del día 16 del mes de diciembre del año 2005, otorga el título de:*

***ENFERMERA***

***A***

***ANGELICA MARIA MORENO TORRES***
*CC 39.579.680 de Girardot*

*Quien terminó a satisfacción todos los estudios correspondientes y cumplió con los requisitos reglamentarios del Programa.*

*En nombre y representación de la Universidad de Cundinamarca, previo el juramento de rigor, el Rector hizo entrega del diploma correspondiente.*

*En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Girardot, a los 16 días del mes de diciembre del año 2005, válida para todos los efectos legales correspondientes.*

*FDO. EL RECTOR : ADOLFO MIGUEL POLO SOLANO*
*FDO. EL DECANO DE FACULTAD: JAIME ALBERTO CASTRO DIAZ.*
*FDO. EL GRADUANDO: ANGELICA MARIA MORENO TORRES*
*FDO. EL SECRETARIO GENERAL: ADRIANO MUÑOZ BARRERA*

*Anotada al Libro 07 folio 088*

*La anterior es fiel copia tomada de su original en lo pertinente.*

*Girardot, diciembre 16 del 2005.*

***GLORIA MORALES DE BELTRAN***
***Directora de Seccional***

***Documento válido sin sellos- Decreto 2150 de 1995.***

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: ET-GT-FT-014**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2016-11-25**

Bogotá D.C

Señores:

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

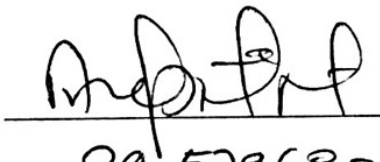
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Enfermera
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 39 579680

Tarjeta profesional No: 13936

Dirección de contacto: Cll 68 bis # 79 C-08 Sur bloque 1 Int 3 Apto 101

Teléfono: 3202327701

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<br>ESTRATÉGICO- GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO<br>FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS | CÓDIGO: ET-GT-FT-014<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: 2016-11-25 |

Bogotá D.C

Señores: Universidad Nuestra Señora del Rosario

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Angélica Mª Moreno Torres 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:

Especialista en gerencia de la salud publica

(Nombre del Titulo Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 39'579 680

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Cle 68 bis # 79C-08 Sur bloque 1 int 3 Apto 102

Teléfono: 3202327701

**LA "SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E"**

**SEDE VISTA HERMOSA**

**CERTIFICA:**

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista MORENO TORRES ANGÉLICA MARÍA, identificado(a) con CC. 39.579.680, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

| No. Contrato | Fecha de Duración | Valor |
|---|---|---|
| 3759 | 01 de octubre de 2012 AL 31 de octubre de 2012 | 2.201.472 |
| 4477 | 01 de noviembre de 2012 AL 31 de diciembre de 2012 | 4.402.944 |

APOYO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

Las demás obligaciones inherentes al objeto del contrato. Tener disponibilidad para dar respuesta a las emergencias y urgencias ocurridas en la Localidad de acuerdo a su área de formación. Actuar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la celebración, ejecución y terminación del presente contrato y aún con posterioridad a ésta. Soportar actividades de Auditoría Interna y Externa. Participar de las intervenciones convocadas por Salud Pública .Guardar la debida reserva sobre los asuntos que conozca con ocasión de la ejecución del presente contrato. Ejecutar acciones según Plan de Trabajo y elaboración de Cronograma de Actividades .Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos. Desarrollar y Entregar informes a la luz de: cronogramas, lineamientos, planes de trabajo, entre otras intervenciones, sustentados en los soportes de las actividades realizadas durante el periodo. Apoyar los procesos de: salud sexual y reproductiva, estrategias AIEPI, salud materno infantil, salud visual, PAI, enfermedades crónicas, vigilancia epidemiológica, seguridad alimentaria y nutricional, estrategia SASC, reconociendo las necesidades de los territorios y etapas, desde las intervenciones a las cuales se encuentren asignadas, desde su área de competencia. Apoyar, según los requerimientos del área los procesos de los demás componentes y subcomponentes del plan de intervenciones colectivas. Planear, Ejecutar y Evaluar las acciones del componente o subcomponente en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones de mejoramiento. Orientar el componente, subcomponente y/o proyecto asignado como Enfermera(o) con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas de la Localidad, el plan de salud territorial y Plan Operativo Institucional.

| No. Contrato | Fecha de Duración | Valor |
|---|---|---|
| 4799 | 01 de enero de 2013 AL 08 de enero de 2013 | 933.333 |
| 0201 | 09 de enero de 2013 AL 28 de febrero de 2013 | 6.066.667 |
| Adición 0201 | 01 de marzo de 2013 AL 31 de marzo de 2013 | 3.500.000 |
| 1328 | 01 de abril de 2013 AL 31 de mayo de 2013 | 8.000.000 |

MORENO TORRES ANGÉLICA MARÍA, identificado(a) con CC. 39.579.680

**LA "SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E"**

**SEDE VISTA HERMOSA**

**CERTIFICA:**

| | | |
|---|---|---|
| 2763 | 01 de junio de 2013 AL 30 de junio de 2013 | 4.000.000 |
| 3693 | 01 de julio de 2013 AL 31 de agosto de 2013 | 8.000.000 |
| 5286 | 01 de septiembre de 2013 AL 15 de septiembre de 2013 | 2.000.000 |
| 6084 | 17 de septiembre de 2013 AL 30 de septiembre de 2013 | 2.000.000 |
| 7238 | 01 de octubre de 2013 AL 09 de octubre de 2013 | 1.200.000 |
| 8761 | 10 de octubre de 2013 AL 31 de octubre de 2013 | 2.800.000 |
| 10376 | 01 de noviembre de 2013 AL 31 de diciembre de 2013 | 8.000.000 |
| Adición 10376 | 01 de enero de 2014 AL 10 de enero de 2014 | 1.333.333 |
| 00654 | 11 de enero de 2014 AL 31 de enero de 2014 | 2.666.667 |
| 01361 | 01 de febrero de 2014 AL 28 de febrero de 2014 | 4.000.000 |
| 02351 | 01 de marzo de 2014 AL 30 de abril de 2014 | 8.000.000 |
| 03568 | 01 de mayo de 2014 AL 31 de julio de 2014 | 12.000.000 |
| 04991 | 01 de agosto de 2014 AL 31 de agosto de 2014 | 4.000.000 |
| 05884 | 01 de septiembre de 2014 AL 30 de septiembre de 2014 | 4.000.000 |
| 06865 | 01 de octubre de 2014 AL 31 de octubre de 2014 | 4.000.000 |
| 07865 | 01 de noviembre de 2014 AL 30 de noviembre de 2014 | 4.000.000 |
| 09345 | 01 de diciembre de 2014 AL 31 de diciembre de 2014 | 4.000.000 |
| Adición 09345 | 01 de enero de 2015 AL 31 de enero de 2015 | 6.266.667 |
| 01092 | 01 de febrero de 2015 AL 31 de marzo de 2015 | 8.000.000 |
| 01627 | 01 de abril de 2015 AL 31 de julio de 2015 | 19.444.000 |
| 03388 | 01 de agosto de 2015 AL 31 de octubre de 2015 | 14.583.000 |
| Adición 03388 | 01 de noviembre de 2015 AL 15 de noviembre de 2015 | 2.430.500 |
| 05499 | 16 de noviembre de 2015 AL 15 de enero de 2016 | 9.722.000 |
| Adición 05499 | 16 de enero de 2016 AL 31 de enero de 2016 | 2.430.500 |
| Adición 05499 | 01 de febrero de 2016 AL 29 de febrero de 2016 | 4.861.000 |

APOYO PROFESIONAL ESPECIALIZADO COMO COORDINADOR TERRITORIAL

Dar respuesta a los requerimientos solicitados desde la SDS y la ESE. Realizar los aportes al MORENO TORRES ANGÉLICA MARÍA, identificado(a) con CC. 39.579.680

**LA "SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E"**

**SEDE VISTA HERMOSA**

**CERTIFICA:**

Sistema de Seguridad Social en Salud, conforme al establecido por la ley. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los Lineamientos del Proceso de Gestión documental. Participar en las actividades programadas por la ESE. El valor de glosas generadas al HVH por mala calidad en productos e inoportunidad en los mismos será recobrado al contratista responsable. Realizar la entrega mensual del consolidado de sus Actividades para la respectiva revisión y verificación de productos. Programar las actividades según la programación del insumo de transporte que tenga el Hospital para dar cumplimiento a la meta. Los productos presentados debe cumplir con atributos de calidad, oportunidad, y veracidad. Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la SDS y que den cumplimiento al contrato suscrito por el Hospital Vista Hermosa. Realizar la revisión de los Lineamientos Técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención y realizar apropiación de los mismos. Las demás obligaciones inherentes al objeto del contrato. Ejercer la supervisión de los contratos que correspondan al territorio y/o componente asignado. Tener disponibilidad para dar respuesta a las emergencias y urgencias ocurridas en la Localidad de acuerdo a su área de formación. Actuar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la celebración, ejecución y terminación del presente contrato y aun con posterioridad a este. Informar y comunicar al hospital, comunidad e instituciones de los eventos de interés en Salud Publica identificados en el desarrollo de sus intervenciones. Soportar actividades de Auditoría Interna y Externa. Participar de las intervenciones convocadas por Salud Publica. Guardar la debida reserva sobre los asuntos que conozca con ocasión de la ejecución del objeto de la orden. Ejecutar acciones según Plan de Trabajo y elaboración de Cronograma de Actividades. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas. Articular los procesos de los componentes o subcomponentes asignado con los del Grupo Funcional de Salud Publica y/o los demás Grupos Funcionales o dependencias del Hospital. Desarrollar, Consolidar y Entregar informes a la luz de: lineamientos, fichas técnicas, planes de trabajo y/o cronogramas; sustentados en los soportes de las actividades realizadas durante el periodo por los equipos de trabajo asignados. Liderar los equipos de trabajo asignados para su adecuado funcionamiento a fin de garantizar el cumplimiento de los Planes de Trabajo. Planear, Ejecutar y Evaluar las acciones del componente o subcomponente en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones de mejoramiento. Orientar el componente o subcomponente asignado con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas de la Localidad, el plan de salud territorial y el Plan Operativo Institucional.

| No. Contrato | Fecha de Duración | Valor |
|---|---|---|
| 01218 | 29 de febrero de 2016 AL 31 de mayo de 2016 | 15.570.000 |

REFERENTE ESPACIO EDUCACIÓN

Dar respuesta a los requerimientos solicitados desde la SDS y la ESE. Realizar los aportes al MORENO TORRES ANGÉLICA MARÍA, identificado(a) con CC. 39.579.680

**LA "SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E"**

**SEDE VISTA HERMOSA**

**CERTIFICA:**

Sistema de Seguridad Social en Salud, conforme al establecido por la ley. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los Lineamientos del Proceso de Gestión documental. Participar en las actividades programadas por la ESE. El valor de glosas generadas al HVH por mala calidad en productos e inoportunidad en los mismos será recobrado al contratista responsable. Realizar la entrega mensual del consolidado de sus Actividades para la respectiva revisión y verificación de productos. Programar las actividades según la programación del insumo de transporte que tenga el Hospital para dar cumplimiento a la meta. Los productos presentados debe cumplir con atributos de calidad, oportunidad, y veracidad. Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la SDS y que den cumplimiento al contrato suscrito por el Hospital Vista Hermosa. Realizar la revisión de los Lineamientos Técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención y realizar apropiación de los mismos. Las demás obligaciones inherentes al objeto del contrato. Ejercer la supervisión de los contratos que correspondan al territorio y/o componente asignado. Tener disponibilidad para dar respuesta a las emergencias y urgencias ocurridas en la Localidad de acuerdo a su área de formacion.Actuar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la celebración, ejecución y terminación del presente contrato y aun con posterioridad a este. Informar y comunicar al hospital, comunidad e instituciones de los eventos de interés en Salud Publica identificados en el desarrollo de sus intervenciones. Soportar actividades de Auditoría Interna y Externa. Participar de las intervenciones convocadas por Salud Publica. Guardar la debida reserva sobre los asuntos que conozca con ocasión de la ejecución del objeto de la orden. Ejecutar acciones según Plan de Trabajo y elaboración de Cronograma de Actividades. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas. Articular los procesos de los componentes o subcomponentes asignado con los del Grupo Funcional de Salud Publica y/o los demás Grupos Funcionales o dependencias del Hospital. Desarrollar, Consolidar y Entregar informes a la luz de: lineamientos, fichas técnicas, planes de trabajo y/o cronogramas; sustentados en los soportes de las actividades realizadas durante el periodo por los equipos de trabajo asignados. Liderar los equipos de trabajo asignados para su adecuado funcionamiento a fin de garantizar el cumplimiento de los Planes de Trabajo. Planear, Ejecutar y Evaluar las acciones del componente o subcomponente en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones de mejoramiento. Orientar el componente o subcomponente asignado con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas de la Localidad, el plan de salud territorial y el Plan Operativo Institucional.

Nota: Los contratos relacionados quedan sujetos al desarrollo del objeto contractual por parte del contratista y/o de la entidad

MORENO TORRES ANGÉLICA MARÍA, identificado(a) con CC. 39.579.680

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur

**LA "SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E"**

**SEDE VISTA HERMOSA**

**CERTIFICA:**

Que el contratista NO ha tenido vínculo laboral alguno con la entidad y que los contratos referenciados no generan vínculo laboral entre el contratista y el Hospital.

Los valores contenidos en la presente certificación, se consignan con base en la información que reposa en el aplicativo (SGPC) con el que cuenta el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. De igual manera, estos valores corresponden a la suma ejecutada por el contratista en el respectivo contrato.

Dada a los Doce (12) días del mes de mayo de 2016

DORA MORENO HERRERA
Profesional universitario Contratación

La presente certificación no pierde su vigencia, en caso de ser solicitada presente fotocopia de la misma y guarde el original

MORENO TORRES ANGÉLICA MARÍA, identificado(a) con CC. 39.579.680

Coop. Intrasalud Cta.
*Las manos de la salud*
**NIT. 830.100.735-5**

LA SUSCRITA LIDER DEL PROCESO DE GESTION DE SERVICIOS DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA SALUD

COOP. INTRASALUD C.T.A

CERTIFICA:

Que el Sr. (a), MORENO TORRES ANGELICA MARIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.39579680, estuvo afiliado(a) como asociado(a) a COOP.INTRASALUD C.T.A.; como Trabajador Asociado, desempeñó el cargo de JEFE DE ENFERMERIA, devengando una compensación mensual de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1900000) del 04 de Septiembre de 2008, al 03 de Junio de 2009, bajo la modalidad de Acto Cooperativo, actividad que realizó en el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

La presente certificación se expide con destino al interesado, a los 05 días del mes de junio de 2009.

COOP. INTRASALUD NIT. 830100735-5

LUCIA OSORIO TORRES

Elaboró: ALEJANDRO DONCEL C.

*Para su confirmación favor, comunicarse con la línea de atención y solicitud de certificaciones laborales: 522 46 78*

Calle 141 No. 45-51 **PBX:** 614 83 11 **Fax:** 614 83 11 **ext.:** 132 - 127 - 126
www.coopintrasalud.net - **E-mail** coopintrasalud@etb.net.co / coop_intrasalud@hotmail.com
Bogotá - Colombia

**Servicios & Asesorías s.a.**
**Dinamismo en Servicios de Personal Temporal**

Bogotá. D.C. Noviembre 27 de 2009

Señores
**Hospital**
**RAFAEL URIBE URIBE**
Centro de atención san Jose
Bogotá

**Ref. : INGRESO**

Respetados Señores

Presentamos a ustedes a la Señora **ANGELICA MARIA MORENO TORRES,** identificado con el numero de cédula **N° 39.579.680,** para el cargo de **ENFERMERA,** quien se presentara en sus instalaciones el **día 27 de Noviembre de 2009**, en el Centro de Atención San Jose ubicado en la carrera 13 N° 26a – 34 sur.

El colaborador cumple con los requisitos pertinentes para desempeñar el cargo solicitado.

**Cordialmente**

**DIANA BRAVO**
**Coordinadora de selección**
**Servicios & Asesorias**
**Kra. 6 N° 46 - 23**
**031 – 3230622**

ISO 9001
ISO 14001
OHSAS 18001
BUREAU VERITAS Certification
Nº 201756 / Nº 203902 / Nº 203903

*TEMPORALES*

UNO-A BOGOTA S.A.

SYSTEM CERTIFICATION ISO 9001 SGS

Preselección, Selección, Contratación y Nomina del Personal en Misión. CO10/3658.

## CERTIFICACION

Por medio de la presente me permito certificar que el Señor (a) **MORENO TORRES ANGELICA MARIA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía **39579680,** laboro como empleado en misión para la empresa usuaria **HOSPITAL URIBE URIBE,** desempeñando el cargo **PROFESIONAL.**

| | |
|---|---|
| **Primer contrato:** | desde **25/08/2009**, hasta **28/12/2009.** |
| **Segundo contrato:** | desde **18/01/2010**, hasta **28/12/2010.** |
| **Tercer contrato:** | desde **18/01/2011**, hasta **08/03/2011**. |
| **Cuarto contrato:** | desde **09/03/2011**, hasta **30/12/2011**. |

La anterior se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Febrero del 2012.

Atentamente,

TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A. NIT. 830.058.387-6 CARRERA 16 No. 36-09 PBX 320 0977 - FAX: 288 4895

LILIANALEAL GUTIERREZ

**Directora Gestión Humana**

FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

Bogotá D.C., 9 de febrero de 2012

LA DIRECTORA DE GESTION HUMANA

HACE CONSTAR

Que la señora ANGELICA MARIA MORENO TORRES, identificado (a) con cedula de ciudadanía número No. 39579680, prestó sus servicios a la Institución desde el 13 de enero de 2012 hasta el 1 de Febrero de 2012, desempeñando el cargo de ENFERMERA DE PLANTA con contrato a término FIJO.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado.

FUNDACION CARDIO INFANTIL

SONIA SAMAN VARGAS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.579.680

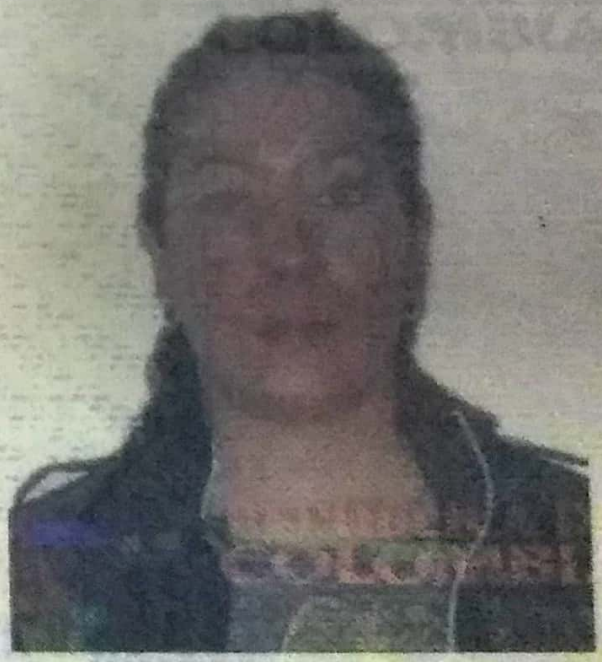
MORENO TORRES

APELLIDOS

ANGELICA MARIA

NOMBRES

FIRMA



Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ENE-1982**

**GIRARDOT**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.65** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**18-FEB-2000 GIRARDOT**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00359269-F-0039579680-20120202 **0029**122707A 1 1331699313

Scanned by CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14382651228

(415)7707212489984(8020) 000001438265122 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 9 5 7 9 6 8 0 | 6 | Impuestos de Bogotá 32 | |

## 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 13 | 39579680 | 20000218 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Cundinamarca 25 | Girardot 307 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORENO | TORRES | ANGELICA | MARIA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACION

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Bogotá D.C. 11 | Bogotá, D.C. 001 |

41. Dirección principal: CL 6 B BIS 79 C 08

| 42. Correo electrónico | 43. Apartado aéreo | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| amcrenotorres3@gmail.com | | 3202327701 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 45. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8692 | 20060202 | | | | | 2224 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

## Usuarios aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

## Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 20160725

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: MORENO TORRES ANGELICA MARIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF 25-07-2016 10:52:08AM

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 25-07-2016
Hora: 11:28:17 AM


**CONTRIBUYENTE** NIT 39579680-6 ANGELICA MARIA MORENO TORRES

**Información General**

*Dirección* CL 6 B BIS 79C 08

*Teléfonos* 3202327701

*Dirección electrónica* amorenotorres3@gmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 25/07/2016

*Soporte Inscripción* 22413495

*Fecha Inicio Actividades* 02/02/2006

*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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 16000984223

***Fuente ICA TE TOCA***

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



BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)

ANGELICA M MORENO TORRES AT



REGISTRADO
NOMBRE ANGELICA MARIA MORENO TORRES
C.C. 39.579.680 GIRARDOT
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
RUN No. 13936
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 28/SEP/2006
FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 28/SEP/2016

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada, por favor devolverla a ANEC

No. 14032

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
## ANEC

**RESOLUCION No 13936 de SEPTIEMBRE 28 DE 2006**
**Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería**

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13,14 y 15 de la Ley 266 de 1996,

**CONSIDERANDO**

A) Que, ANGELICA MARIA MORENO TORRES Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 39.579.680, expedida en GIRARDOT, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Único Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (El) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA de GIRARDOT, expedido el 16 del mes DICIEMBRE de 2005 y registrado a folio No 088 del libro 07 de Diplomas de la Universidad, con lo cual se reúnen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el artículo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, según acta número 248 del 28 de SEPTIEMBRE de 2.006.

**RESUELVE**

**Artículo Única.** Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a ANGELICA MARIA MORENO TORRES, al tenor de los artículos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 13936, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

**Parágrafo:** La documentación aportada por el solicitante, en el caso de no ser consistente con la realidad, el Registro y la Tarjeta aquí promulgados, serán anulados oficiosamente, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes.

***NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE***

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 28 días del mes de SEPTIEMBRE de 2006 en Bogotá, D.C.

Beatriz Carvallo

**BEATRIZ CARVALLO SUAREZ**
Registradora Nacional ANEC

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 *

39579680

Primer Nombre *

ANGELICA

Primer Apellido *

MORENO

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General**

| *Tipo Identificacion* | *Nro. Identificación* | *Primer Nombre* | *Segundo Nombre* | *Primer Apellido* | *Segundo Apellido* | *Detalles* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 39579680 | ANGELICA | MARIA | MORENO | TORRES | Ver |

**Información Detallada [CC: 39579680] ANGELICA MARIA MORENO TORRES**

**Información Académica**

| *Tipo Programa* | *Origen Obtencion Titulo* | *Profesión u Ocupacion* | *Fecha desde que puede ejercer* | *Entidad Reportadora* |
|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 0001/1/01 | ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC |

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).

## *HACE CONSTAR QUE:*

La enfermera **ANGÉLICA MARÍA MORENO TORRES** identificada con la cédula de ciudadanía número 39.579.680, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintidós (22) días del mes de enero del año dos mil diecinueve (2019).

Cordialmente,

**EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

1130383

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Paciente** | **MORENO TORRES ANGELICA MARIA** | **Orden No** | **1130383** | | |
| **Identificación** | CC 39579680 | **Sede** | FUNDACION CARDIO INFANTIL | **Servicio** | LABORATORIO CLINICO |
| **Historia Clínica** | | **Teléfono** | | **Tipo Paciente** | Ambulatorio |
| **Sexo** | F **Cargo** 2522312 | **Médico** | SIN ESPECIFICACION | **Fecha de ingreso** | 13-Jan-2012 2:14 pm |
| **Edad** | 30 Años 0 meses 7 dias | **Ubicacion** | | **Fecha de impresion** | 13-Jan-2012 3:18 pm |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **INMUNOQUIMICA** | | | |
| HEPATITIS B ANTICUERPOS ANTI SUPERFICIE (ANTI HBS AG) | >1000 | mUI/ml | |
| Tecnica: Quimioluminiscencia Directa | | | |
| INTERPRETACIÓN: | | | |
| No Reactivo: Menor a 7,5 mUI/ml | | | |
| Dudoso: 7,5 - 12,4 mUI/ml | | | |
| Reactivo: Mayor o igual a 12,5 mUI/ml | | | |
| HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (HBS AG) | <0.10 | indice | |
| Tecnica: Quimioluminiscencia Directa | | | |
| INTERPRETACIÓN: | | | |
| Negativo: Inferior a 1.0 | | | |
| Positivo: Igual o superior a 1.0 | | | |

Firma Responsable

DRA. JOHANA CALDERON H.
CC. 52.835.075
Bacteriologa
U.C.M.C.

Fecha Validacion: 13-Jan-2012 03:10 PM aHBs
13-Jan-2012 03:17 PM HBs


** DOCUMENTO OFICIAL DE LA HISTORIA CLINICA **
Calle 163a N° 13b-60 PBX 6 67 2727 www.cardioinfantil.org

Scanned with CamScanner

# COLSUBSIDIO
# SALUD OCUPACIONAL
# CARNET DE VACUNACION

NOMBRE: PARTICULAR

EMPRESA: ANGELICA MARIA MORENO

FECHA DE NACIMIENTO: 6-ENERO-82

SEXO: F G. SANGUINEO O RH (+)

## DIFTERIA ☐ TETANO ☐

| Fecha | Dosis | Reacción |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

## HEPATITIS B ☐

| Fecha | Dosis | Reacción |
|---|---|---|
| 17 ENE 2001 | | |
| 17 FEB 2001 | | |
| 28 SET 2001 | | |

## OTRAS VACUNAS

| Fecha | Dosis | Tipo |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

## FIEBRE AMARILLA

| Fecha | Dosis | Reacción |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

F-646

# Certificado Medico De Aptitud Laboral

**INFORMACIÓN GENERAL**

EMPRESA Sobredsol FECHA 12/12/2017

INGRESO ☑ EGRESO ☐ PERIODICO ☐

**NOMBRE.** ANGELICA MORENO **C.C.** 39579680

**EDAD** 35 **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** Enfermera Jefe

**EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS**

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ☐ EXAMENES DE LABORATORIO ☐

OPTOMETRIA/VISOMETRA ☐

AUDIOMETRIA ☐

ESPIROMETRIA ☐ CUALES _____

El suscrito medico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente concepto

**APTO** ☑ MOTIVO _____

**NO APTO** ☐ MOTIVO _____

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual _____

**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL**

HIGIENE POSTURAL ☐ PAUSAS ACTIVAS ☐ ERGONOMIA DEL PUESTO TRABAJO ☐ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ☐ VALORACIÓN POR MEDICINA OCUPACIONAL ☐ CONTROL AUDIOMETRIA ☐ USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA ☐ CONTROL OPTOMETRIA PERIODICO ☐ USO DE LENTES ☐ CONTROL DE TENSION ARTERIAL ☐ ESTILOS DE VIDA SALUDABLE(DIETA, EJERCICIO) ☐ EVITAR POSTURAS PROLONGADAS ☐ USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA ☐

**FIRMA DEL PACIENTE**
**C.C.** 39579680

Eulices Ortiz Rodriguez
R.M. 851492
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoria en Salud

**FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA**
**RM**

calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 – 3176473117 E-mail: globalservicemedicalgroup@gmail.com

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: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | |

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MORENO | TORRES | ANGELICA | MARIA | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 39579680 | GIRARDOT | 2000-02-18 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐ | | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1982-01-06 | GIRARDOT | COLOMBIA | COLOMBIANA |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ | | | 3202327701 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CLLE 6B BIS 79C 08 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 3202327701 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| amorenotorres3@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. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | | | | CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☐ | IVA | SI ☐ | NO ☐ | Digitar el codigo del rut | 8692 |
| | | NO ☒ | ICA | SI ☐ | NO ☐ | PRINCIPAL: ☒ | SECUNDARIA: ☐ |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | AGENTE RETENEDOR | | AGENTE AUTORETENEDOR | |
|---|---|---|---|---|---|
| SI ☐ | NO ☐ | | SI ☐ NO ☐ | | SI ☐ NO ☐ |

Scanned with CamScanner

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 ☒ | |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO ☐ | SERVICIOS ☐ | SALUD ☐ | # NIT | |
|---|---|---|---|---|---|

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 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 | $ 3.300.000 | GASTOS FAMILIARES | $ 0 | AHORROS | $ 0 | SALDO HIPOTECA | $ 0 |
| HONORARIOS | $ 0 | ARRIENDOS | $ 0 | 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 | $ 3.300.000 | TOTAL EGRESOS | $ 3.300.000 | 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 |
|---|---|---|---|
| TORRES | NUÑEZ | RUBELIA | |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| CRA 20 3 - 43 | GIRARDOT | MADRE | 3133796309 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | CUENTA AHORRO | 4870379304 | CENTRO COMERCIAL TUNAL | 3383838 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ 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.):

*Digite su profesión*

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.

Scanned with CamScanner

## 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 ) dias, 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 Superintendencia 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 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) Envío 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 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@subredcentreoriente.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.AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizno, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de

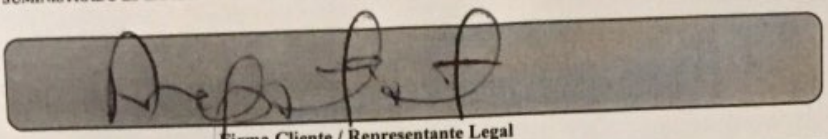
Scanned with CamScanner

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

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: | | |

Scanned with CamScanner

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANGELICA MARIA MORENO TORRES identificado(a) con CC 39579680 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **11/02/2007** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR** |
| **Categoría:** | **A** |

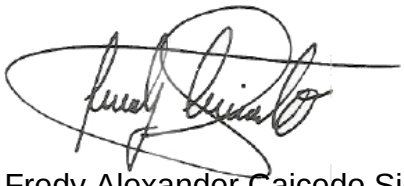
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 21 días del mes de enero del año 2019 .

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

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ANGELICA MARIA MORENO TORRES** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **39579680,** se encuentra afiliado (a) desde **01/06/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Novedad | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha | MultivinculaciónDecreto 3995/2008 |
| Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES | 23 | COLPENSIONES | 01/06/2015 | No Aplica |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de enero de 2019.

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

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

**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**

| | |
|---|---|
| 39579680 | SEGUROS BOLIVAR |
| Numero de Documento | ARL |

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|---|---|
| ANGELICA | MARIA | MORENO | TORRES |

| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |
|---|---|---|---|
| 06/01/1982 | GIRARDOT | CLLE 6B BIS 79C 08 | 3202327701 |

| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |
|---|---|---|
| FAMISANAR | COLPENSIONES | $3.300.000 |

| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |
|---|---|
| ENFERMERA | 26-jul-18 |

| Correo Electrónico | Celular |
|---|---|
| amorenotorres3@gmail.com | 3202327701 |

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 39579680



**Scanned with CamScanner**

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 121018415

WEB
18:51:45


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) ANGELICA MARIA MORENO TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39579680:

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 18:46:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 39579680 |
| Código de Verificación | 39579680190121184605 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2712136**

**Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 18:49 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) **ANGELICA MARIA MORENO TORRES**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA** de GIRARDOT

**39579680**

**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_CK3S2_4918**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**


Policía Nacional de Colombia
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 18:56:18 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 39579680
Apellidos y Nombres: MORENO TORRES ANGELICA MARIA
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.
Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las preguntas frecuentes o acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.
Volver al Inicio
ESP
6:56 p. m.
21/01/2019

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **21/01/2019**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ANGELICA MARIA MORENO TORRES** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **39579680** de

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

CUENTA DE AHORRO PROGRAMADO QUE A LA FECHA SE ENCUENTRA INMOVILIZADA

| | |
|---|---|
| N#mero | **0570004870379304** |
| Saldo a la fecha | **2,583.80 Pesos** |
| Fecha de apertura | **17/10/2012** |

Teniendo a la fecha una antiguedad de **75** meses.

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA