

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 13:19:38

Maria Flor Alba...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página: 14005862 Ayuda ?

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
35486854	Maria Flor Alba Escobar Patiño	17/11/2017 11:33:25 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	17/11/2017 11:33:25 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado

[Cambiar el estilo de paginación](#)

Nuevo registro



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 ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 29-nov-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ESCOBAR	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PATIÑO	NOMBRES MARIA FLOR ALBA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 35486854	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES MAY AÑO 1959 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 60N 96-78 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4074452 EMAIL flormariaescobar27@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO		BACHILLER	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE	AÑO	1995

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA).

TL (TECNOLÓGICA).

TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA).

UN (UNIVERSITARIA).

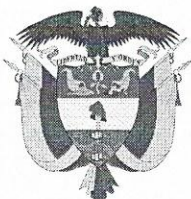
ES (ESPECIALIZACIÓN).

MG (MAESTRIA O MAGISTER).

DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA		11	1980	6363



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.

SIDEAPO

SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 29-nov-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD sub red del sur (hospital tunal)	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.hospitaleltunal@gov.co	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 7 MES 2 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA general	DIRECCIÓN crra 20 n 47 b 35	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA CANDELARIA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD clinicacandelaria@hotmail.com	
TELÉFONOS 7152498	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 2 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA UCI PEDIATRICA UCI NEONATAL UCI	DIRECCIÓN CRA 28N 94A 13	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

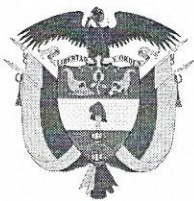
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	4	10
PRIVADO	1	11
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	9

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



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.



Última Actualización: 29-nov-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

BOGOTA D.C., 07 DE ENERO DE 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



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 35486854 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección calle 60N 96-78

Teléfonos 3213346871 4074452

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
---------------------	------------------------	------------

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	\$ 18.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 18.000.000,00

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	004870345560	tunal	\$ 10.000,00

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
davivienda	credito hipotecario	\$ 60.000.000,00

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



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



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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
gilberto sanchez prieto	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	79335189

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. 29-nov-2018

CIUDAD Y FECHA



República de Colombia
Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.

Colegio Bachillerato Nocturno Chapinero

Aprobado por Resolución No. 7164 del 14 de Noviembre de 1972,
emanada por el Ministerio de Educación Nacional

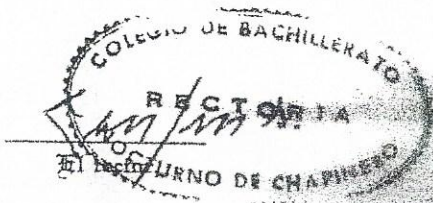
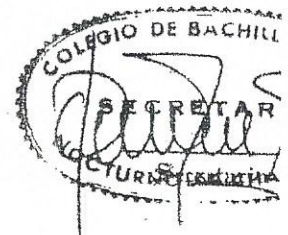
Teniendo en cuenta que:

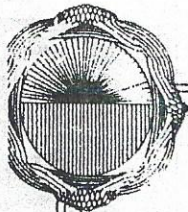
María Flor Alba Escobar Patiño

C.C. No. 35.486.854 Tunjuelito

Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la
Educación Secundaria y fue aprobada en todas las pruebas
Reglamentarias; le confiere el título de

Bachiller Académico





INSTITUCION COLEGIO BACHILLERATO NOCTURNO CHAPINERO
DIRECCION CALLE 69 No. 16-35
TELEFONO 225 72 82 Inscripción S.E. 0000721
JORNADA NOCTURNA Inscripción Dane 000000435

ACTA DE GRADO

En la ciudad de SANTIAFE DE BOGOTA a los 4 días del mes de DICIEMBRE
del año 1995 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos
Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO BACHILLERATO NOCTURNO CHAPINERO

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada
por EL MINISTERIO DE EDUCACION para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad VOCACIONAL
según Resolución N° 7164 del 14 de NOVIEMBRE de 1972

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios
correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de Identidad se relacionan a continuación :
ESCOBAR PATIÑO MARIA FLOR ALBA C.C.No. 35.486.854 TUNJUELITO

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 12 de fecha DICIEMBRE 4 DE 1995

ROBERTO JAVIER



REPUBLICA DE COLOMBIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"
CENTRO NACIONAL DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
REGIONAL DE BOGOTA

Resolución No. 12 Feb/88
Bogotá, 12 Feb/88
Resolución No. 1393
D. J. M.
MINISTERIO

CERTIFICA:

QUE: **MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO**

ES APTA PARA DESEMPEÑAR EL OFICIO DE:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

MODO DE FORMACION: COMPLEMENTACION

GERENTE REGIONAL

SUBGERENTE DE OPERACIONES

SUPERINTENDENTE

SUPERVISORA DE CENTRO

SECRETARIO
FOLIO 7-E-2184085
Sept. 25-1985

DIVISION RECURSOS HUMANOS
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE EDUCACION

NOTARIA DE BOGOTA

CENTRO NACIONAL DE SERVICIOS HOSPITALARIOS PROGRAMA DE

REGISTRO No. 70947 De enero 21 de 1980

APROBADO POR RESOLUCION No. 7118 DEL 3 DE DICIEMBRE 1971 DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA



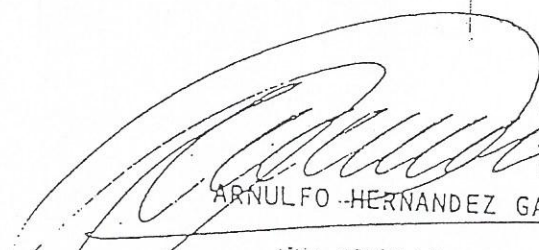


EL SUSCRITO JEFE DE GRUPO DE LA SECRETARIA DE REGISTRO Y CERTIFICACION

HACE CONSTAR

Que, ESCOBAR PATIÑO MARIA FLOR ALBA, con cédula de ciudadanía No 35406854 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de Complementación AUXILIAR DE ENFERMERIA. Certificado de Aptitud Profesional Registro No. 70947 del 21 de enero de 1980.

La presente constancia se expide en Bogotá a los veinticuatro (24) días del mes de noviembre de mil novecientos ochenta y siete (1987).

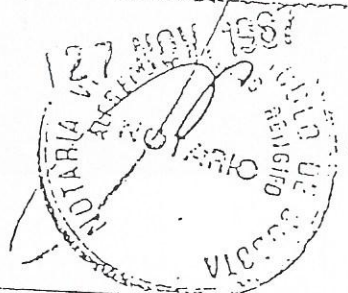

ARNULFO HERNANDEZ GARCIA



DILIGENCIA DE AUTENTICACION

A testigo ALFREDO MUÑETAS REBOLLO, Notario Público del Estado de Bogotá, quien en el presente documento, en presencia de los interesados, ha verificado la autenticidad de la constancia.

ARNULFO HERNANDEZ GARCIA
Notario Público del Estado de Bogotá





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Centro Oriente E.S.E

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL REDCO**

Hace constar que:

MARIA FLORALBA ESCOBAR PATIÑO

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 9 (nueve) días del mes de Agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
*Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional*

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

VJDEIMEDJEA INTERNACIONAL S.A.

y

LABORATORIOS QUIRUMEDICAS LTDA

CERTIFICAN QUE:

FLOR ALBA ESCOBAR.

PARTICIPO EN LA CONFERENCIA DE:

**"TALLER DE LIMPIEZA Y DESINFECION
HOSPITALARIA"**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 4 HORAS

JOSE NOEL GARCIA L
Gerente General
LABORATORIOS QUIRUMEDICAS LTDA

BOGOTA, 29 DE ENERO DE 2007



SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE
1902 - 2002



FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

HACEN CONSTAR QUE:

Flore Alba Escobar Patiño

Asistió al Programa "Sensibilización hacia la Humanización"

Realizado en Bogotá, D.C., del 23 al 25 de septiembre de 2002.
Intensidad horaria 18 horas.

Dr. ROBERTO JARAMILLO-U.
Rector

DR. LUIS CARLOS TABORDA
Coordinador General

CERTIFICADO DE CAPACITACION

Certificamos que

FLOR ALBA ESCOBAR PATINO

ha finalizado satisfactoriamente el curso

Programa Madre Canguro

marzo 29, 2014

Calificación del curso: 100,00 %



04njQOLuo5



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

CERTIFICA QUE

ESCOBAR PATIÑO MARIA FLOR ALBA

I.D. : 35486854

Revisó y aprobó el tema:

[1] HIGIENE DE MANOS

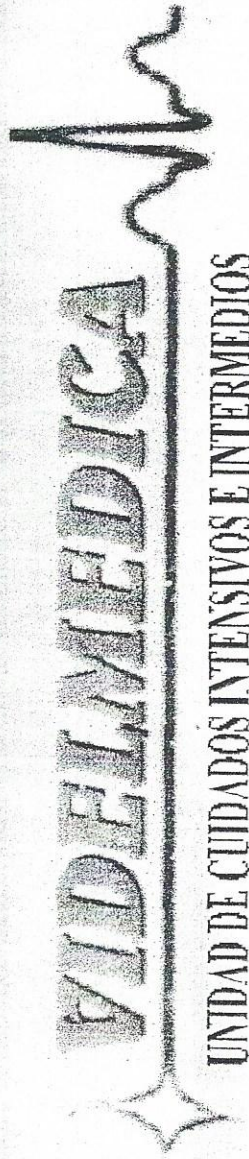
13/Oct/2016

El certificado requiere el
sello de Vigilancia Epidemiológica
para ser válido por el año calendario vigente.

Imprimir

13PE54M





CERTIFICA QUE

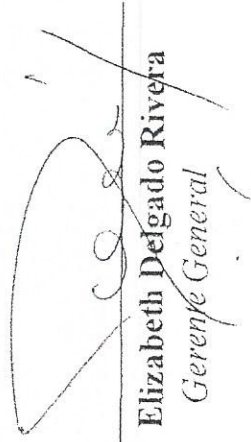
MARIA FLOR ALBA ESCOBAR

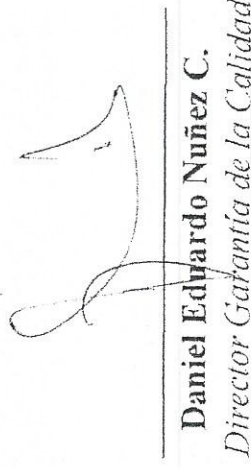
C.C. 35.486.854

Asistió a la Capacitación en:

**FUNDAMENTOS DE ISO 9000, DOCUMENTACION Y SISTEMA
DE CALIDAD**

Intensidad horaria 8 horas


Elizabeth Delgado Rivera
Gerente General


Daniel Eduardo Nuñez C.
Director Garantía de la Calidad

Dado en Bogotá D.C., a los 30 días del mes de Septiembre de 2005



CERTIFICA QUE

MARÍA FLORALBA ESCOBAR P

C.C. 35.486.854

PARTICIPÓ EN EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO
DE CUIDADO INTENSIVO PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Entre el 1 de julio al 30 de julio de 2005

Esperanza Delgado Rivera
Subgerente Administrativa

Helberth Sanchez S.
Subgerente Médico

Daniel Eduardo Nuñez C.
Director Garantía de la Calidad

Bogotá D.C

Señores:

SENA.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Auxiliar de Enfermería.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

fdfp.

No. de documento:

35486854

Tarjeta profesional No:

35486854

Dirección de contacto:

Calle 60 sur 96-78.

Teléfono:

402 4452.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1
---	---	------------------

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **35486854**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
1107	02/05/2011	31/01/2012	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$8'306.256	TUNAL
453	01/02/2012	31/12/2012	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$10'488.408	TUNAL
383	01/01/2013	08/09/2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$8'785.440	TUNAL
1839	08/01/2013	07/01/2014	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$3'331.146	TUNAL
462	08/01/2014	31/03/2015	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$19'298.325	TUNAL
192	01/05/2016	31/07/2016	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$4'347.552	TUNAL
1207	01/07/2016	31/07/2016	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$1'512.192	TUNAL
000259	01/08/2016	31/08/2016	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$1'512.192	TUNAL
003859	01/09/2016	07/01/2017	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$5'859.744	TUNAL
002143	08/01/2017	31/08/2017	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$11'105.160	TUNAL
009163	01/09/2017	31/12/2017	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	\$5'862.240	TUNAL
002735	01/01/2018	31/05/2018	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	\$8'701.320	TUNAL
007875	01/06/2018	31/07/2018	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	\$2'931.120	TUNAL

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de la Subred Integrada de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contenitiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la Entidad.



FUNDACION DE LA MANO CONTIGO

PRÓRROGA NO. 4 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 131

Entre los suscritos a saber **GUSTAVO CALDERON GUERRA** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. **77.160.420**, actuando como representante legal de **LA FUNDACION DE LA MANO CONTIGO** NIT 900.145.605-3, quien para el presente contrato se denomina **EL CONTRATANTE**, y **FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO**, mayor de edad identificado (a) con cédula de ciudadanía No **35486854**, domiciliado (a) en Bogotá, y quien para los efectos del presente documento se denomina **EL CONTRATISTA**, se ha convenido celebrar el presente documento, previas las siguientes consideraciones: 1) Que mediante contrato de prestación de servicios No. 131 del mes de julio de dos mil quince (2015) **EL CONTRATISTA** se obligó con **EL CONTRATANTE** a prestar los servicios de AUXILIAR DE ENFERMERIA en la Unidad de Cuidados Intensivos PEDIÁTRICA; 2) Que el plazo del contrato se ha venido prorrogando hasta el treinta y uno (31) de Octubre de dos mil quince (2015); 3) Que se requiere dar continuidad a la ejecución de actividades por parte del **CONTRATISTA**. Vista las anteriores consideraciones se procede a suscribir **PRÓRROGA AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 131**; la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.- OBJETO.- PRÓRROGA:** Prorrogar el Contrato de Prestación de Servicios No. 131, hasta el treinta (30) de Noviembre de dos mil quince (2015), por las razones anotadas en la parte considerativa.

Las demás cláusulas del contrato permanecen sin modificarse.

En señal de conformidad, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Bogotá, a los treinta (30) días del mes de Octubre de dos mil quince (2015).

GUSTAVO CALDERÓN GUERRA
R.L. CONTRATANTE

FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO
C.C. 35486854
CONTRATISTA



**LA SUSCRITA COORDINADORA DEL AREA DE CONTRATACIÓN
DEL HOSPITAL EL TUNAL TERCER NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 800209488-1**

HACE CONSTAR:

Que MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Número 35486854 presta sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA mediante la modalidad de Contrato de Prestación de Servicios desde el 02 DE MAYO DE 2011 con unos honorarios mensuales de UN MILLON TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$1337476), sin que esto genere relación laboral entre las partes.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los Veintiún (21) días del mes de Mayo de Dos Mil Quince (2015) a solicitud del interesado.

**MARIA NELLY RAMIREZ RIVERA
COORDINADORA DEL AREA DE CONTRATACIÓN**

Elaboró: Cecilia Pérez Bautista -Asistente Administrativo



CLÍNICA CANDELARIA I.P.S. S.A.S.

"CALIDAD CONFIANZA Y RESPETO"

CC-062-2013

CERTIFICACIÓN

La **CLÍNICA CANDELARIA IPS S.A.S.**, certifica que la señora **FLORALBA ESCOBAR PATIÑO** identificada con cédula de ciudadanía No. 35.486.854, labora en nuestra institución como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** desde el 1 de marzo de 2011 a la fecha, con un ingreso promedio mensual de \$1.024.665 y su contrato de trabajo es a término indefinido.

Se expide la presente a solicitud del interesado a los siete (7) días del mes de febrero del 2013.

Cordialmente,

RAFAEL VALENCIA PEDREROS
COORDINADOR DE CONTRATACIÓN
E/AGH/Alba D.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.486.854

ESCOBAR PATIÑO

APELLIDOS

MARIA FLOR ALBA

NOMBRES

[Handwritten Signature]

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1959

BOGOTA D.C.
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47

ESTATURA

O+

G.S. RH

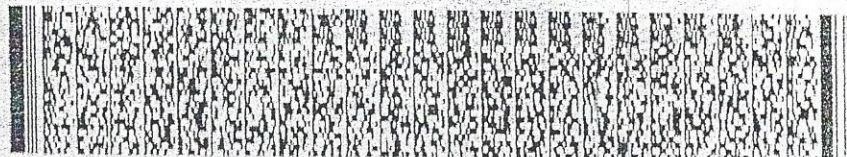
F

SEXO

22-DIC-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00202144-F-0035486854-20091207

0018755146A 1

1640104448



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

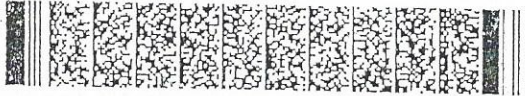
0001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14282124813



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

6. DV

12. Dirección seccional

3 5 4 8 6 8 5 4

6

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

3 5 4 8 6 8 5 4

27. Fecha expedición:

1 9 7 7 1 2 2 2

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

31. Primer apellido

ESCOBAR

32. Segundo apellido

PATINO

33. Primer nombre

MARIA

34. Otros nombres

FLOR ALBA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

41. Dirección:

CL 60 94 F 63 SUR

42. Correo electrónico:

flormariaescobar27@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

4 8 0 3 5 5 5

45. Teléfono 2:

3 2 1 3 3 4 6 8 7 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

1 9 7 8 0 9 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades

53. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
2 0

20. Obtención NIT

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

X

NO

60. No. de folios:

1

61. Fecha:

2 0 1 4 0 2 1 3

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

Artículo 15 Decreto 2738 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

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

984. Nombre CEPEDA ORTIZ CARMEN

985. Cargo: Analista II



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

Fecha: 22-03-2016
Hora: 9:42:54 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 35486854 MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO

Información

Dirección CL 60 94 B 63 SUR
Teléfonos 3213346871
Dirección FLORMARIAESCOBAR27@HOTMAIL
Fax

Información de

Fecha Inscripción 22/03/2016
Soporte Inscripción 22239006
Fecha Inicio Actividades 01/09/1978
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y
Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

05-01-2001



ESCOBAR PATIÑO

MARIA FLOR ALBA

CC 35486834

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA

FIRMA AUTORIZADA

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número 1393

2 FEB 1983

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

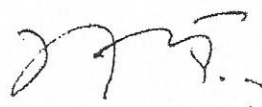
Que MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO con cédula de ciudadanía número 35.486.854 de TUNJUELITO ha solicitado el registro de su CERTIFICADO De AUXILIAR DE ENFERMERIA
Que le otorgó EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"
El 5 DE FEBRERO DE 1.980
Que dicho CERTIFICADO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de BOGOTA
Al folio 1- E del Libro 85 de 25 DE SEPTIEMBRE DE 1.985
Que

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorizase a MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO
para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA
en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,


LUIS ALBERTO SIERRA TORRES
Director Vigilancia y Control


JUDITH GUZMAN PARRA
Jefe Sección Profesiones

sfg

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 *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

35486854

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-11-29→1:28:31 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	35486854	MARIA	FLOR ALBA	ESCOBAR	PATI-O	Ver

Información Detallada [CC: 35486854] MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATI-O**2018-11-29→1:28:31 PM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1988/2/12	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).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. 30-11-18.

Señores:

SENA.

Por medio de la presente, yo Maria Flor Alba Escobar patino, identificado con número de documento 35466874, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre:
Maria Flor Alba Escobar patino
 No. Documento:
35466874 cubta.
 Teléfono:
321 3346871.

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 *

35486854

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2019-01-07→10:14:49 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	35486854	MARIA	FLOR ALBA	ESCOBAR	PATI-O	Ver

Información Detallada [CC: 35486854] MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATI-O**2019-01-07→10:14:49 AM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1988/2/12	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).



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

NIT: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina H. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia y Salud Ocupacional
Res. S594 de 2005

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA

FECHA:	26 de agosto de 2018	☐ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico	
NOMBRE:	MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO	EDAD:	59 SEXO ☒ M ☐ F
C.C./I.I.:	35.486.854	Tel.:	Cel. 3213346871
EMPRESA:	INDEPENDIENTE	CARGO:	AUXILIAR EMFERMERIA

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Valoración Médica Laboral

	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL
Espirometría			Dermatología		
Audiometría			Osteomuscular		
Visiometría			Cardiovascular		
Electrocardiograma			Vacunas		
Psicología Laboral			Prueba de Equilibrio		
Radiología			Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hemático IVG			Parcial de Orina		
Serología			RH		
Glicemia			Varios		
Colesterol					
Triglicéridos					

Impresión Diagnóstica

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

Apto para trabajos seguro en alturas y espacio confinados ☐ Según Res. No. 1409 del 23 de Julio de 2012

Apto para trabajos en superficie ☐

Aplazado ☐

No Apto ☐

Apto para el cargo ☒

Examen Periódico Satisfactorio SI ☐ NO ☐

Examen de Egreso Satisfactorio SI ☐ NO ☐

RECOMENDACIONES

1. Higiene Postural	☒	6. Control Audiométrico	☐	11. Estilos de Vida Saludable	☒
2. Pausas Activas	☒	7. Uso de Doble Protección Auditiva	☐	12. Evitar Posturas Prolongadas	☐
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	☐	8. Control Optométrico Periódico	☐	13. Uso de Medias de Compresión Graduado	☐
4. Uso de Elementos de Protección Personal	☐	9. Uso de Lentes	☐		
5. Valoración por Medicina Ocupacional	☐	10. Control de Tensión Arterial	☐		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí 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 recibirá 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.

Firma Trabajador

C.C. No.

35486854

Maella

"El autocuidado es parte de la cultura laboral"

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur

Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937

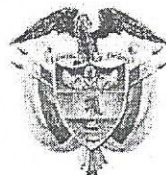
Fax: 239 0086

umedltda@gmail.com - info@umedips.com

www.umedips.com

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

RM



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO

Con Cedula de Ciudadania No. 35486854

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los once (11) días del mes de julio de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

53820704 - 11/07/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9403001720899CC35486854C.

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE

MARIA FLORAIBA ESCOBAR PATIÑO

C.C.: 35486854

Asistencia a la capacitación en

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés

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

José Alfredo Morales Díaz

Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ VICIOS ☒ SALUD ☐	NIT	800215303-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐
OTRA ☐	CUAL: ☒	TECNOLOGIA ☐	SERVICIOS ☐	MENTOS ☐
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
trase 24-19-50	2801100	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION (AAAA/MM/DD)		
Auxiliar de enfermería				

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	1'5120.000	GASTOS FAMILIARES	1400.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	60'000.000
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	0	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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gonzalez	Ramos	Elena	Marcela
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Calle 12 Bv 18 L 230	Bogotá	Compañero	3124019330

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

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:					CUAL:
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PROMOS ☐	PAGOS ☐	OTROS ☐

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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

--

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA:	07-01-19	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
--------	----------	---------	--------	---------------	--------------

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Escobar		Patiño		Mario		Flor Alba	
TIPO DE IDENTIFICACION			No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.F.	☐	R.C.	☐	NIUP	☐
35486-854		Bogotá		22-Dic-1977			
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI ☐ NO ☐
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
23-05-59		Bogotá		Colombia		Colombiana	
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐				-		3	
TELEFONO CELULAR				3213346871			
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐				CUAL: OTRO			
TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐							
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:	
Calle sur + 96-78 sm		Bogotá		Cundinamarca		Colombia	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA			
flormariaescobar27@hotmail.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	
Sanchez		Prieto		Gilberto			
TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NIUP	☐
79335189		Bogotá		1977/04/21			
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA:	SI ☒ NO ☐
						NACIONALIDAD: Colombiano	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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 destinarán a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE 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 mí 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

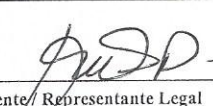
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail surlaft@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA 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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO


Firma Cliente/ Representante Legal



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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO identificado(a) con CC 35486854 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE AMERICAS

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 días del mes de enero del año 2019.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CINDY KATHERINE SANCHEZ ESCOBAR identificado(a) con CC 1030598963 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

Estado de la Afiliación: CANCELADO

IPS:

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 días del mes de enero del año 2019.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GILBERTO SANCHEZ PRIETO identificado(a) con CC 19335189 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE AMERICAS

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 días del mes de enero del año 2019.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

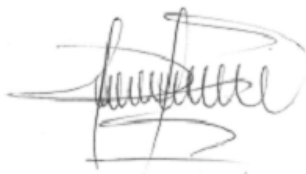
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **35486854**, estuvo afiliado (a) al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *INACTIVO*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 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.

Medellín, 07 de enero de 2019

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

CERTIFICA:

Que MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO identificado(a) con cédula de ciudadanía 35486854 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/02/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C354868541900737904

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

07/01/2019 10:31 AM

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 120105650



WEB

10:11:22

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 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) MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 35486854:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de enero de 2019, a las 10:12:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	35486854
Código de Verificación	35486854190107101238

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 7 de Enero de 2019 - 10:14 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO** de BOGOTÁ

35486854

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_NBX4_1410

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



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/12/14

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATINO** con **Cédula de Ciudadanía** número **35486854** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número: **004870345560**
Fecha apertura: **2011/05/05**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:10:06 horas del 07/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **35486854**

Apellidos y Nombres: **ESCOBAR PATIÑO MARIA FLOR**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de
lunes a viernes de 8:00 am -
12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al
Ciudadano - Bogotá D.C. (571)
5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910
112