

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
52056890	ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL	16/01/2018 12:22:22 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	16/01/2018 12:22:22 PM *((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

Última Actualización: 21-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ROMERO	BERNAL	ANGELA LILIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52056890	F (nul) M (nul)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES ENE AÑO 2019

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 82 # 17-95 Inte 6 Apto 204

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7599298

EMAIL angelirobe@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 BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1990

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	2	X		ESPECIALISTA EN AUDITORIA CLINICA	4	2018	0
ES	2	X		ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL	9	2007	0
UN	8	X		ENFERMERO (A)	12	1999	6265

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: 21-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*
MILLENIUM BPO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ldaza@millenium.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6500800 opcion 2	DIA 8 MES 5 AÑO 2017	DIA 1 MES 8 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE DE REFERENCIA Y	AUTORIZACIONES	CALLE 72 A N 86 - 95

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ldaza@millenium.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2873611	DIA 13 MES 4 AÑO 2016	DIA 16 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INSTRUCTOR DE SALUD	SALUD	CRA 6 N 45 - 52

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS SIES		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	rubi_rodriguez@sies.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7451416	DIA 24 MES 11 AÑO 2015	DIA 1 MES 3 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE DE PROMOCION Y PREVENCION	PROMOCION Y PREVENCION	AV CRA 68 n 46 - 14

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: 21-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*
CORPORACION NUESTRA IPS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	zlalfonsom@isaludcoop.coop

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6176488 ext 1104	DIA 9 MES 3 AÑO 2015	DIA 27 MES 7 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE DE SEGUIMIENTO A CRONICOS	PROMOCION Y PREVENCION	CALLE 116 N 70 D 45

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GRUPO SALUDCOOP EPS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	oasiabatoa@saludcoop.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6361741 Ext 101	DIA 2 MES 12 AÑO 2013	DIA 31 MES 10 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUDITORA DE PROGRAMAS ESPECIALES	PROGRAMAS ESPECIALES	AUTOPISTA NORTE N 93 - 95

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	alexandra-gallego@colmedica.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7565656 Ext 2814	DIA 15 MES 4 AÑO 2013	DIA 14 MES 7 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA CONVENIOS MEDICOS	CONVENIOS MEDICOS	CALLE 93 N 19 -25

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: 21-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*
PROCESOS Y SERVICIOS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ovalencia@procesosyservicios.net

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2252541	DIA 10 MES 8 AÑO 2012	DIA 14 MES 11 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE DE RECOBROS CTC	RECOBROS CTC	CRA 50 N 71 -65

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	8
PRIVADO	2	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento : Bogotá 21 de Enero del 2019

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-ene-2019

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52056890 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Cra 82 # 17-95 Inte 6 Apto 204 **Teléfonos** 3112285094 7599298

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS JULIO ROMERO RAMIREZ	17085641	PADRE
BLANCA STELLA BERNAL MARTINEZ	23603604	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	$ 18.335.864,00
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	$ 18.335.864,00

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
COLPATRIA	AHORROS	2802009704	HAYUELOS	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	CRA 82 N 17 -95 INT.6 APTO 204	$ 158.822.000,00
OTRO	CRA 82 N 17 -95 INT.6 APTO 204	$ 14.732.000,00
FINCA	SIBATE VEREDA LA CANDELARIA	$ 220.793.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ⓧ **NO** ◯ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
YEFFERSON EFREDY PEREZ FIGUEROA	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	74369223

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

Angelica Romero Becerra

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

Angela Liliana Romero Bernal

C.C. 52.056.890 de Bogotá, D.E.

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

Enfermera

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
NOTARIA 64 DE SANTAFE DE BOGOTA
03 JUL 2001
ESTE DOCUMENTO ES COPIA FIEL DEL QUE ESTA REPRODUCCION ... CONCUERDA CON ORIGINAL QUE ... PRESENTADO
... CONTRERAS ...
NOTARIO 64

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Santa Fe de Bogotá D.C., Diciembre 10 de 1999

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Rector

Secretario General

Director del Programa

Anotado al Folio: 88
Libro de Registro No: 1
Fecha: Dic 10/99



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

UMB

PERSONERIA JURIDICA RESOLUCION No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Angela Liliana Romero Bernal

C.C. No. 52'056.890 Bogotá, D.C.

EL TITULO DE

Especialista en Salud Ocupacional

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.

A LOS 14 DIAS DEL MES Septiembre DE 2007

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR DE POSTGRADO

WALTER JARAMILLO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Angela Liliana Romero Bernal

C.C. 52.056.890 de Bogotá D.C.

EL TÍTULO DE

Especialista En Auditoria Clínica

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 27 DÍAS DEL MES ABRIL DE 2012

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR DE PROGRAMA

EL NOTARIO 64
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
Hace Constar:
Que esta Fotocopia coincide
con el Original
que he tenido a la vista.
25 NOV 2014
Firma:

Libro de Registro No. 7
Acta de Grado No. 240

FUNDACION UNIVERSITARIA
DEL AREA ANDINA

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA: Que en el libro de Actas de la Fundación, se encuentra el ACTA DE GRADO NO. 077 En Santafé de Bogotá D.C. a los diez (10) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y nueve (1999) siendo las cinco (5:00) de la tarde convocados por Resolución No. 179, de fecha diciembre siete (07) de 1999, se reunieron en el AUDITORIO DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el Rector, doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, la decana de la facultad de ENFERMERIA doctora ANGELA LOPERA DE PEÑA y la Secretaria General de la Fundación , doctora MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, para presidir la ceremonia de grado de ENFERMERA a: ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL, identiificada con cédula de ciudadanía No. 52.056.890 de Bogotá D.E., quien cursó y aprobó todas las materias comprendidas en el pensum y presentó, PRACTICAS HOSPITALARIAS y TRABAJO DE GRADO, cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el Programa de ENFERMERÍA y habiéndose hecho merecedor a recibir el título mencionado el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 de julio 26 de 1995. Previa entrega de los diplomas, la Señora Secretaria General tomó el juramento de rigor al (los) graduando (s), quien (es) prometió (prometieron) cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de ENFERMERA, de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Acto seguido, el Señor Rector presentó su saludo en nombre de la Fundación. Agotado el Orden del Día, la sesión se dio por terminada y se firmó el Acta por quienes en ésta intervinieron:

(Fdo) PABLO OLIVEROS MARMOLEJO , (Rector)

(Fdo) ANGELA LOPERA DE PEÑA, Decana Fac. de Enfermería

(Fdo) MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE , Secretaria General

Es fiel copia tomado de su original, a los diez (10) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y nueve (1999).

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
NOTARIA 64 DE SANTAFE DE BOGOTA
06 JUL 2001
DOY FE QUE ESTA REPRODUCCION FOTOSTATICA COINCIDE CON ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA.
ISMAEL CONTRERAS PRINCIPE
NOTARIO 64

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretario General

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

PERSONERIA JURIDICA RESOLUCION No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 51 LIBRO No. 5 FOLIO No. 51

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL

C.C. No. 52056890 de BOGOTA, D.E.

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 14 DIAS DEL MES Septiemb DE 2007

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

DIRECTOR DE POSTGRADO

SECRETARIO GENERAL

No. 0367

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 240 LIBRO No. 7 FOLIO No. 152

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

Angela Liliana Romero Bernal

C.C. No. *52.056.890 de Bogotá D.C*

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

Especialista En Auditoria Clínica

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 27 DIAS DEL MES ABRIL DE 2012

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

EL NOTARIO 66
DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.
Hace Constar:
Que esta Fotocopia coincide
con el Original
que he tenido a la vista.
26 NOV 2012
Fecha:

No. 01423

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL

c.c. 52.056.890

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C, a los 12 días del mes de Diciembre de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación No Formal Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978624
3192658190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL

c.c. 52.056.890

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S Educación Informal - Decreto 4904 / 2009 Ministerio de Educación Nacional

Dado en Bogotá D.C., a los 15 días del mes de Diciembre de 2017.
Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8052582 CEL: 3102978694 - 3192564163
info@capacitacionesos.net
www.capacitacionesos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL

c.c. 52,056,890

ASISTIO AL CURSO

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

El curso sigue los lineamientos establecidos en las normas de competencia laboral 230101259, 230101263. y del manual de procedimientos estándares de calidad y de habilitación de laboratorio clínico del ministerio de salud y protección social.

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 26 días del mes de Diciembre de 2017.
Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL

c.c. 52.056.890

ASISTIO AL CURSO

PRIMEROS AUXILIOS

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION (salva corazones y P.A.)**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCIÓN [illegible] DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 70602626

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 16 días del mes de Diciembre de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal - Decreto 4904 - 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

TEL. 8069582 CEL 3102978634
3102859190
info@capacitacionsos.net
www.capacitacionsos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

CODIGO DE VERIFICACION 1616



CERTIFICA QUE:

ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL

C.C. 52.056.890

Ha completado satisfactoriamente el curso(s) taller(s) de formación **ATENCION INTEGRADA A ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, basado en los Requerimientos del decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional

BOGOTA D.C DEL 04 AL 08 DE NOVIEMBRE DE 2018

ANGELES DE LA SALUD

Academia de Capacitaciones

NIT. 79.719.243-8

NIT: 79.719.243-8

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CALLE 14B #119-76 FONTIBON – EL RECODO

Y : 3508026259-3505618740-3222354745

: angdelasalud@hotmail.com

: @angdelasalud

DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.com.co

VIGENCIA NOVIEMBRE 2020

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitario del Area Andino
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Angela Liliana Romero Bernal 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 Angelica Romero Bernal

No. de documento: 52056890

Tarjeta profesional No: 6265

Dirección de contacto: Cra 82 # 17-95 Int 6 Apto 204

Teléfono: 3112285094

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Angela Liliana Romero Bernal 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 Salud Ocupacional
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente:

Firma: Angela Liliana Romero Bernal

No. de documento: 52056890

Tarjeta profesional No: -

Dirección de contacto: Cra 82 #17-95 int 6 Apto 204

Teléfono: 3112285094

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Angela Liliana Romero Bernal 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 Auditoria Clinica
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente:

Firma: Angela Liliana Romero Bernal

No. de documento: 52056890

Tarjeta profesional No: –

Dirección de contacto: Cra 82 # 17-95 int 6 Apto 204

Teléfono: 3112285094

Millenium BPO S.A.
Nit 830.050.856-2
Carrera 16 N° 100-20 piso 3
Teléfono: 6500800. Fax: 6500816
Bogotá, D.C. Colombia.

LA SUSCRITA GERENTE DE GESTION HUMANA
MILLENIUM BPO S.A.
NIT. 830.050.856-2

CERTIFICA:

Que el(a) Señor(a) **ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **52056890** ha laborado para nuestra compañía con contrato a término **OBRA O LABOR** y se ha desempeñado en los siguientes cargos y periodos. Para las campañas. **PATRIMONIO AUTONOMO CONSORCIO PPL 2015.**

FECHA INICIO	FECHA FIN	CARGO
08 de mayo de 2017	01 de agosto de 2017	AGENTE 2

Realizando las siguientes funciones

- Ejecuta los procesos de auditoría a cuentas médicas según asignación, identificando oportunidades de mejora reportándolas según la criticidad del caso.
- Realiza informes correspondientes a la labor de auditoría
- Realiza la conciliación de las objeciones con respecto a las cuentas médicas.
- Apoya el proceso de gestión no POS.
- Las demás definidas por su jefe inmediato de forma verbal y no verbal que contribuyan al cumplimiento del objetivo del cargo
- Identifica claramente los objetivos del equipo y orienta su trabajo.
- Interactúa con los demás miembros del equipo en términos de buen trato, ayuda mutua y colaboración favoreciendo un ambiente de trabajo adecuado.
- Realiza las actividades requeridas para contribuir al logro de los objetivos comunes Asume como propios los desaciertos del equipo
- Reconoce y valora el aporte de los demás
- Capacidad para reunir, emplear y compartir el conocimiento y la experiencia. Coordinar, comunicar, establecer metodologías y controlar el conocimiento que fluye en la institución, tener amplio conocimiento de los temas del área del cual se es responsable; comprender la esencia
- Capacidad para dirigir sus acciones hacia el cumplimiento total de los objetivos establecidos tanto a nivel personal como del área de trabajo.
- Asume retos más allá del nivel exigido para mejorar en calidad y resultados
- Manejar y conocer la Red a nivel nacional de IPS-
- Prestar apoyo a la operación en casos prioritarios en los cuales el auxiliar no pueda resolver.
- Cumplir las metas en las auditorias requeridas con calidad.
- Asesoramiento a la operación en patologías pertinencia en lo que autorizaciones y referencia se refiere.
- Dar respuesta a los requerimientos generados por el cliente.
- Contar con disposición y apoyo tanto en estrategia como en actitud cuando se presenten planes de contingencia.
- Desarrollar las actividades laborales con la ética, conducta y responsabilidad necesaria para mantener un ambiente seguro en el tratamiento de la información y velar por su protección.
- Conocer y acatar la Política de Seguridad de la Información de la Organización y las normas, procedimientos, estándares y manuales derivados de la Política y demás legislación, normatividad y regulación de Seguridad de la Información, en el ejercicio de sus labores.
- Tratar la información acatando las medidas establecidas para su protección de acuerdo con su clasificación.

Millenium BPO S.A.
Nit 830.050.856-2
Carrera 16 N° 100-20 piso 3
Teléfono: 6500800. Fax: 6500816
Bogotá, D.C. Colombia.

- Participar activamente en el proceso de identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos asociados con los procesos de la Organización y sus activos de información.
- Velar por la protección y el buen uso de los recursos y servicios de información en el ejercicio de sus labores.
- Participar activamente en la elaboración, prueba, ejecución y mantenimiento de los planes de continuidad de negocio de la Organización.
- Reportar oportunamente a las áreas competentes, cualquier violación o incumplimiento a la Política de Seguridad de la Información de la Organización.
- Todas las demás responsabilidades con la protección y tratamiento de la información, derivadas y establecidas en los procesos y procedimientos de la Organización.
- Procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, así como la normatividad vigente aplicable.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
- Participar en las actividades establecidas en los diferentes planes y programa del SGSST (inducciones, capacitaciones, inspecciones, auditorias, reportes, simulacros, etc.).
- Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
- Reportar todos los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales de acuerdo con la normatividad vigente y participar en las investigaciones y planes de acción de acuerdo al evento.
- Mantener su área y equipos de trabajo en buenas condiciones tanto de estado como de orden y aseo

La presente certificación se expide a solicitud del(a) interesado(a) en la ciudad de Bogotá D.C. A los 28 de agosto de 2017.

millenium bpo s.a.
NIT. 830.050.856-2

LORENA DAZA ARAGON
Gerente de Gestión Humana
ldaza@millenium.com.co

Esta certificación tiene una vigencia de 3 meses y durante este tiempo no se expedirá una nueva. Usted podrá solicitar nuevamente una certificación después del 28 de noviembre de 2017.

EL SUBDIRECTOR DEL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

C E R T I F I C A:

Que la señora **ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL,** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.056.890 expedida en Bogotá, suscribió con el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, el siguiente contrato de prestación de servicios personales regulado por la Ley 80 de 1993, modificada por la Ley 1150 de 2007 y sus normas reglamentarias:

No. Del Contrato:	**4390 del 08 de Abril de 2016.**
Objeto:	Contratar la prestación de servicios personales de carácter temporal, para impartir formación integral en el Programa Técnico en Enfermería de manera presencial y/o virtual y demás actividades que se deriven de acuerdo a los niveles y especialidades del Centro de Formación de Talento Humano en Salud.
Fecha de Inicio:	13 de Abril del 2016
Término de Ejecución:	El término inicial pactado fue de Setecientas Noventa y Dos (792) horas, sin exceder la vigencia presupuestal.
Valor:	El valor del contrato para todos los efectos legales y fiscales fue de Veintidós Millones Novecientos Treinta y Seis Mil Trecientos Veinte Pesos M/cte. ($ 22.936.320).

Se expide en la Ciudad de Bogotá D.C. a solicitud del interesado el 16 DIC 2016

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

Vo.Bo. Myriam C.
Reviso: Gloria D.

ISO 9001 icontec
Certificado N
SC-CER3396
IQNet
Certificado N
CO-SC-CER339
NTCGP 1000 icontec
Certificado N
GP-CER3396

LA SUBGERENTE DE TALENTO HUMANO DE
SIES SALUD S.A.S

CERTIFICA:

Que la Señora **ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL** identificada con C.C. 52.056.890, laboro en la compañía desempeñando el cargo de **PROFESIONAL DE ENLACE** desde el 24 de Noviembre de 2015 hasta el 01 de Marzo de 2016

La presente se expide a solicitud del interesado en Bogotá (Cundinamarca) a Primero (01) días del mes de Marzo de 2016

Cordialmente

ROSARIO DEL PILAR ARENAS PUERTA
Subgerente de Talento Humano
SIES SALUD S.A.S
900.123.436-0
Elaboró: Claudia Vega

Corporación Nuestra IPS
Salud Integral para Usted y su Familia

LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE

CORPORACION NUESTRA IPS

NIT: 830.128.856-1

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros de nómina el (la) señor(a) ***ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL*** *identificado(a) con cedula de ciudadanía* ***52.056.890*** *laboró en la* ***CORPORACION NUESTRA IPS*** *mediante contrato de trabajo a termino* ***FIJO.*** *Desde el día* ***09 DE MARZO DE 2015****, hasta el día* ***27 DE JULIO DE 2015*** *desempeñando el cargo de* ***ENFERMERO JEFE.***

Se expide la presente certificación, en la ciudad de Bogotá D.C, el 09 DE SEPTIEMBRE DE 2015, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente al 6176488 en la ciudad de Bogotá.

INGRYD MORA JIMENEZ
Representante Legal

LUIS MUÑOZ

GESTION
Administrativa IAC
NIT.900.218.782-3

IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA
OUTSOURCING DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Nit. 900.218.782-3

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) ***ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL****, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.* ***52.056.890****, laboró en la empresa* ***IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA*** *desde el día* ***02 de Diciembre de 2013*** *hasta el día* ***31 de octubre de 2014*** *con contrato de trabajo a término* ***FIJO,*** *desempeñando el cargo de* ***PROFESIONAL DE PYP.***

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., el 12 de noviembre de 2014.

La información de la presente certificación debe ser confirmada en nuestra Línea de Atención Telefónica número 6361837-6361741-2360405

DEISSY RAMIREZ JAIMES
Coordinadora de Nómina
IAC Gestión Administrativa

COLMÉDICA
MEDICINA PREPAGADA
Usted no está solo.

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA
800,106,339-1

HACE CONSTAR

QUE

ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **52.056.890**, laboró con la Compañía desde el **15 de abril de 2013** hasta el **14 de julio de 2013**.

Su último cargo desempeñado fue **ENFERMERO DE CONVENIOS MEDICOS**.

Esta constancia se expide a solicitud del(a) interesado(a), en la ciudad de Bogotá, el 15 de julio de 2013.

SONIA ETHEL PRADA REY
Directora de Gestión Humana

EATC

NIT. 830.102.216-3

CERTIFICACIÓN

Se hace constar que ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.056.890 de Bogotá, prestó sus servicios a Procesos y Servicios S.A.S. mediante relación comercial originada a partir del contrato de prestación de servicios desde el dia 10 del mes de agosto de dos mil doce (2012) hasta el dia 14 del mes de noviembre de dos mil doce (2012).

El objeto del contrato de prestación de servicios fue: PROCESAMIENTOS DE DATOS.

Los honorarios causados por la ejecución del contrato de prestación de servicios en mención fueron en promedio equivalentes a la suma de un millón doscientos mil pesos mensuales.

Se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de noviembre de dos mil doce (2012).

PAOLA AVILA
Procesos y Servicios S.A.S.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.056.890**

ROMERO BERNAL

APELLIDOS

ANGELA LILIANA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1973**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-JUL-1991 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00010023-F-0052056890-20080601 0000351860A 2 1120012137

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14367642371

(415)7707212489984(8020) 000001436764237 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 0 5 6 8 9 0	9	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	52056890	19910731

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROMERO	BERNAL	ANGELA	LILIANA

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: CR 82 17 95 IN 6 AP 204 BRR HAYUELOS

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angelirobe@hotmail.com		3112285094	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2006 03 03	8541	2016 04 11			2224	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2016 04 06

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: ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52056890-9 ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL

Información General

Dirección KR 82 17 95 IN 6 AP 204

Teléfonos 3112285094

Dirección electrónica ANGELIROBE@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 07/04/2016

Soporte Inscripción 14085501

Fecha Inicio Actividades 03/03/2006

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: 8541-EDUCACION TECNICA PROFESIONAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002080391

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CETIFICADO DE INSCRIPCION
EXP 31-08-2001
ROMERO BERNAL
Secretaria
SALUD

DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCION No. 25 1660 DE 2001
(14 AGO 2001)

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

EL SECRETARIO DE SALUD

En cumplimiento al Decreto Número 1875 de agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto Número 3134 de 1956.

CONSIDERANDO:

Que ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL, con cédula de ciudadania No. 52.056.890 de Bogotá, D.E., ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como ENFERMERA, TITULO que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, según Acta de Grado No. 077 de fecha 10 de diciembre de 1999.

Que dicho titulo se encuentra debidamente registrado en el libro de Registro 1, folio 88, por la Secretaria de la Universidad, Santafé de Bogotá, D.C. 10 de diciembre de 1999.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en EL HOSPITAL "SANTA ROSA" DE TENJO, DEL 16 DE JUNIO DEL 2000 AL 15 DE JUNIO DE 2001.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL, Identificado (a) con la cédula de ciudadania No. 52.056.890 de Bogotá, D.E. para ejercer la profesión de ENFERMERA, en el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 14 AGO. 2001

ALVARO FLOREZ BERNAL
Secretario de Salud

PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Profesional Especializado Grupo de Talento Humano

AFB/ PGRM/LMG/Vo.Bo. OF.JUR.



REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)

REGISTRADO

NOMBRE ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL

C.C. 52.056.890 BOGOTA

UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA

RUN No. 06265
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 22/AGO/2002

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 22/AGO/2012

No. 06293

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 06265 de AGOSTO 22 DEL 2002
Por la cual se expide el Registro Unico Profesional de Enfermería

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

CONSIDERANDO

A) Que ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 52056890, expedida en BOGOTA, 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 FUND. UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, expedido el 10 del mes DICIEMBRE de 1999 y registrado a folio No 88 del libro 1 de Diplomas de la Universidad, con lo cual se reúne así 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 130 del 22 de AGOSTO de 2.002.

RESUELVE

Artículo único. Reconocer como en efecto se reconoce la calidad de Enfermera(o) a ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL, identificado como aparece en el considerando A) de esta resolución, y al tenor del artículo 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, y ordenar el Registro como Profesional de Enfermería No 06265 y su inscripción en el folio correspondiente del libro de Inscripción del Registro y expedir así la tarjeta profesional que acredite el correspondiente Registro Único Nacional con el número citado anteriormente.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en las oficinas de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 22 días del mes de AGOSTO de 2002 en Bogotá, D.C.

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Presidenta ANEC

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 1320 DE 2001

(14 AGO 2001)

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

EL SECRETARIO DE SALUD

En cumplimiento al Decreto Número 1875 de agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto Número 3134 de 1956.

CONSIDERANDO:

Que ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL, con cédula de ciudadanía No. 52.056.890 de Bogotá, D.E., ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como ENFERMERA, TITULO que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, según Acta de Grado No. 077 de fecha 10 de diciembre de 1999.

Que dicho titulo se encuentra debidamente registrado en el libro de Registro 1, folio 88, por la Secretaria de la Universidad, Santafé de Bogotá, D.C. 10 de diciembre de 1999.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en EL HOSPITAL "SANTA ROSA" DE TENJO, DEL 16 DE JUNIO DEL 2000 AL 15 DE JUNIO DE 2001.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.056.890 de Bogotá, D.E. para ejercer la profesión de ENFERMERA, en el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 14 AGO. 2001

ALVARO FLOREZ BERNAL
Secretario de Salud

PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Profesional Especializado Grupo de Talento Humano

AFB/ PGRM/LMG/ Vo.Bo. OF.JUR.

No. 06265

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC

RESOLUCION No 06265 de AGOSTO 22 DEL 2002
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, artículo 13,14 y 15 de la Ley 266 de 1996,

CONSIDERANDO

A) Que ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 52056890, expedida en BOGOTA, 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 FUND. UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, expedido el 10 del mes DICIEMBRE de 1999 y registrado a folio No 88 del libro 1 de Diplomas de la Universidad, con lo cual se reúne así los requisitos legales para otorgarle el Registro Unico 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 130 del 22 de AGOSTO de 2.002.

RESUELVE

Artículo único. Reconocer como en efecto se reconoce la calidad de Enfermera(o) a ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL, identificado como aparece en el considerando A) de esta resolución, y al tenor del artículo 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, y ordenar el Registro como Profesional de Enfermería No 06265 y su inscripción en el folio correspondiente del libro de inscripción del Registro y expedir así la tarjeta profesional que acredite el correspondiente Registro Único Nacional con el número citado anteriormente.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en las oficinas de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 22 días del mes de AGOSTO de 2002 en Bogotá D.C.

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Presidenta ANEC

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES

Sistema Integral de Información de la Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social

ANGELA ROMERO

Registrarse | Mesa de Ayuda | Cambiar Clave | Salir

ReTHUS

A continuación se presenta la información de su registro en ReTHUS.

Datos Personales y de identificación:

Tipo de Identificación : CC

Número de Identificación : 52056890

Primer Apellido: ROMERO

Segundo Apellido: BERNAL

Primer Nombre: ANGELA

SegundoNombre: LILIANA

Datos académicos y de autorización:

Profesión u Ocupación : Enfermería

Tipo programa: UNV

Origen obtención título: Local

Fecha desde que puede ejercer: 1/1/0001

Ultima entidad en actulaizar la información : ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

Profesión u Ocupación : Enfermería

No reporta sanciones ético disciplinarias impuestas por los tribunales de las respectivas profesiones.

NOTA: Esta no es una certificación, sino la presentación de la información reportada por las entidades obligadas de acuerdo a la Resolución 3030 de 2014.
La información dispuesta en esta consulta 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

Conmutador: +57(1) 330 5000 - Central de fax: +57(1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: +57(1) 330 5071 - 24 horas
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 5983750 Resto del pais: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.HelpDeskFooter

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **ÁNGELA LILIANA ROMERO BERNAL** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.056.890, 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 dieciséis (16) días del mes de enero del año dos mil diecinueve (2019).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Angela Liliana

Apellidos: Romero Bernal

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52 056 890

Fecha de Nacimiento: Día 12 Mes 01 Año 1973

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	Ref	02-09-17	D2299 9/18	Yuli Arteaga
Contra Hepatitis B	1	28-08-16	14340241 1/25	compensar
	2	28-Sept-16	14340241 1/25	compens.
	3	29-Marz-17	14340241 1/25	compens
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
		RSO H-	fontibon	
Contra Influenza	Año	02-9-17	1502170416 4/18	yuli Ar
Virus de Papiloma Humano				

PAS S.A.S

PROFESIONALES ASISTENTES EN SALUD S.A.S.

NIT: 900394815-0

Av. La Esperanza Número 81 C 87 Piso 2, Bogotá - Colombia

Cel. 320 234 2717 - 3144210120 - Tel. 4106910 - 7037842

E-mail. certificadospas@gmail.com - pas.s.a.s@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 614

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	12 MES	2017 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULAR
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	44 AÑOS 10 MESES 26 DÍAS	CC	52056890
Apellidos y Nombres	Teléfonos 7599298		Tipo	Número

Cargo

ENFERMERA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) — N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES
LA RECOMENDACION ESTA DADA POR AUMENTO EN EL INDICE DE MASA CORPORAL QUE SUGIERE RIESGO CARDIOVASCULAR REQUIERE DIETA Y EJERCICIO VALORACION POR NUTRICION EN SU EPS.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: CARRILLO ORTIZ JOHANNA MILENA	Nombre: ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA
R. M.: 52928483 L.S.O.: 13916	CC: 52056890

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:	2019-01-21	CIUDAD:	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
ROMERO	BERNAL	ANGELA	LILIANA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52056890	BOGOTA D.C.	1991-07-31

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1973-01-12	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) V DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	0	3112285094

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO V	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	ENFERMERA

CUAL: AUDITORIA CLINICA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 82 n 17 -95 APT, 204 TORRE 6	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	7599298

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
angelirobe@hotmail.com		PROPIA V	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
PEREZ	FIGUEROA	YEFFERSON	EFREDY

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. V	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	74369223	DUITAMA	1992/08/31

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI V NO ☐ NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO X		SI ☐ NO V		SI ☐ NO X

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		# NIT	
GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐ SALUD ☐		

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	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 2.000.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 3.300.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 393.525.822	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 3.300.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 2.000.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 393.525.822**	**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
RODRIGUEZ	GOMEZ	LINA	RUTH
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
AVENIDA TEREROSCALLE 38 N 1-50	BOGOTA/ CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMIGA	3132360720

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO COLPATRIA	CUENTA DE AHORROS	2802009704	HAYUELOS	2543041

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 ENFERMERA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

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

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:		

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes

DIAN

Año 2017

PRIVADA

210

4. Número de formulario: 2113606707063

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
52016896	8	ROMERO	BERNAL	ANGELA	LILIANA

11. Actividad económica: 8 5 4 1 — Ver tabla

12. No. Formulario anterior

13. Fracción año gravable 2016 (Marque "X")

14. Es beneficiario de un acuerdo para evitar la doble tributación (Marque "X")

Patrimonio

Patrimonio bruto	35	412,241,000
Deudas	36	95,500,000
Total patrimonio líquido	37	316,741,000
Impuesto neto del año gravable 2016	38	7,074,000
Ingresos no constitutivos de renta	39	0
Renta líquida	40	7,074,000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	41	2,829,000
Renta líquida cedular de trabajo	42	4,245,000

Renta de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	43	0
Ingresos no constitutivos de renta	44	0
Renta líquida	45	0
Rentas exentas de pensiones	46	0
Renta líquida cedular de pensiones	47	0

Rentas de capital

Ingresos brutos rentas de capital	48	0
Ingresos no constitutivos de renta	49	0
Costos y gastos procedentes	50	0
Renta líquida	51	0
Rentas líquidas pasivas de capital – FCE	52	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	53	0
Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	54	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	55	0
Pérdida líquida del ejercicio	56	0
Compensaciones por pérdidas de ejercicios anteriores	57	0
Renta líquida cedular de capital	58	0

Rentas no laborales

Ingresos brutos rentas no laborales	59	0
Devoluciones, rebajas y descuentos	60	0
Ingresos no constitutivos de renta	61	0
Costos y gastos procedentes	62	0
Renta líquida	63	0
Rentas pasivas no laborales – FCE	64	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	65	0
Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	66	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	67	0
Pérdida líquida del ejercicio	68	0
Compensaciones	69	0
Rentas líquidas gravables no laborales	70	0
Renta líquida cedular no laboral	71	0

Liquidación privada

Renta por dividendos y participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
Ingresos no constitutivos de renta	68	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	69	0
1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
Rentas exentas de la casilla 72	73	0
Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	74	0

Renta

Total rentas líquidas cedulares	75	4,245,000
Renta presuntiva	76	4,109,000

Ganancia Ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
Costos por ganancias ocasionales	78	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
Ganancias ocasionales gravables	80	0

Ingresos y renta líquida cedulares

De trabajo y de pensiones	81	0
De capital y no laborales	82	0
Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes 1a. Subcédula	84	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	86	0
Impuesto sobre la renta presuntiva	87	0
Total impuesto sobre la renta líquida	88	0

Descuentos

Impuestos pagados en el exterior	89	0
Donaciones	90	0
Otros	91	0
Total descuentos tributarios	92	0
Impuesto neto de renta	93	0
Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
Total impuesto a cargo	96	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución Ni compensación	98	0
Retenciones año gravable a declarar	99	0
Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	0
Saldo a pagar por impuesto	101	0
Sanciones	102	0
Total saldo a pagar	103	0
Total saldo a favor	104	0

(415)7707212489984(8020)0169050000005205689040O(3900)0000000000000(96)20180816

105. No. Identificación signatario | 106. DV | 107. No. Identificación depositante | 108. Parentesco

991. Cód. Representación | Firma del declarante o de quien lo representa

anbalomero

992. Cód. Cargos | Firma contador | Tarj. Cód. subrogados

993. No. Tarjeta profesional

20180017435058

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

Banco de Bogotá
VALOR OTRO CUAL HAYUELOS
16 AGO 2018
CAJERO 3
RECIBIDO SIN PAGO

950. Pago total $ 0

999. Espacio para el timbre de la DIAN. Artículo

Scanned by CamScanner

SaludTotal

Bogotá, Enero 21 de 2019

Señora:
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA
CC. 52056890
CR 82 17 95 - 4283938
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 21 de 2000. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	C	Jun-21-2000	587	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PEREZ FIGUEROA YEFFERSON EFREDY	74368223	C	Ago-5-2015	79	0	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
A G M SALUD CTA	52056890	Cooperados o Precooperativas de trabajo asociado	CERRADO
ALIANSALUD EPS S A	52056890	Dependiente	CERRADO
AMBITER COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO	52056890	Dependiente	CERRADO
APOYO TEMPORAL DE COLOMBIA SAS	52056890	Dependiente	CERRADO
ASISTENTE MEDICO ODONTOLOGICO CREDITOS SANDRI LTDA	52056890	Dependiente	CERRADO
AVANZAR	52056890	Dependiente	CERRADO
CEMCA EMPRESA UNIPERSONAL	52056890	Dependiente	CERRADO
CENTRO DE EXPERTOS PARA LA ATENCION INTE	52056890	Dependiente	CERRADO
CLINICA LA CAROLINA SA	52056890	Dependiente	CERRADO
COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA SA	52056890	Dependiente	CERRADO
COMPENSAMOS SAS	52056890	Dependiente	CERRADO
COOPERATIVA UNIDA DE TRABAJO ASOCIADO ES HUMAN LIF	52056890	Dependiente	CERRADO
CORPORACION IPS SALUDCOOP	52056890	Dependiente	CERRADO
CORPORACION NUESTRA IPS	52056890	Dependiente	CERRADO
CORVESALUD LTDA	52056890	Dependiente	CERRADO
CRONOS COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO	52056890	Dependiente	CERRADO
E S E HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	52056890	Dependiente	CERRADO
EXILASER S A	52056890	Dependiente	CERRADO
FOSCAL	52056890	Dependiente	CERRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	52056890	Dependiente	CERRADO
I A C GESTION ADMINISTRATIVA	52056890	Dependiente	CERRADO
IMEVI SAS	52056890	Dependiente	CERRADO
LASER CENTER SA	52056890	Dependiente	CERRADO
MARIA INES RODRIGUEZ DE YAZO	52056890	Dependiente	CERRADO
MILLENIUM BPO S A	52056890	Dependiente	CERRADO
OPTILASER S A	52056890	Dependiente	CERRADO
ORIANA DE JESUS NOGUERA RAMIREZ	52056890	Dependiente	CERRADO
PROMOVIENDO CTA	52056890	Dependiente	CERRADO
PROMOVIENDO CTA	52056890	Dependiente	CERRADO
QUIRURGICOOP LTDA	52056890	Dependiente	CERRADO
REDASISTENCIA COLOMBIA SA	52056890	Dependiente	CERRADO
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO

ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO
ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA	52056890	Trabajador Independiente	CERRADO
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD D	52056890	Dependiente	CERRADO
SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SA	52056890	Dependiente	CERRADO
UNIDAD MEDICA SANTAFE LTDA	52056890	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52056890,** se encuentra afiliado (a) desde **01/03/2015** 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	01/03/2015	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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

52056890	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Angela	Liliana	Romero	Bernal
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

12/01/1973	Bogotá D.C.	Cra 82#17-95	7599298
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Salud total	Colpensiones	$ 3.300.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera Jefe	26 de julio del 2018
Escriba su perfil técnico o profesión Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

angelirobe@hotmail.com	3112285094
Correo Electrónico	Celular

Angelica Romero Bernal.	
Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. _____

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 121030025

WEB
22:58:15

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) ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52056890:

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 23:01:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52056890
Código de Verificación	5205689019012123015 8

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2713154

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 23:04 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA**

52056890

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_WCY65_0423
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 23:06:27 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52056890**
Apellidos y Nombres: **ROMERO BERNAL ANGELA LILIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

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

Todos los derechos reservados.

COLPATRIA MULTIBANCA
del grupo Scotiabank
Vivimos lo mismo que tú.

BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A

NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros **No. 2.802.009.704** con fecha de apertura **26 de Junio de 2018** , de la(los) cual(es) es(son) titular(es):

El(la) señor(a) **ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL**, identificado(a) con tipo de documento **CC No. 52056890**

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado en la ciudad de **BOGOTÁ,** a los **26 dias del mes Junio del 2018**

Cordialmente,

NURY LUIS MONTAÑA
DIRECCIÓN SERVICIO RETAIL
Gerencia Relaciones con Clientes

Multilínea
Bogotá 7561616
Cali 4891616
Medellín 6041616
Barranquilla 3851616
Ibagué 2771616
Pereira 3401616
Cartagena 6931616
Neiva 8631616
Bucaramanga: 6971616
Resto del País
01 8000 522 222

colpatria.com
INGRESA EN:
www.colpatria.com

Oficinas
ENCUÉNTRANOS EN
MÁS DE 175
oficinas por todo el país.

Multibanca Colpatria
@Colpatria