Colombia Compra Eficiente

Alimentar el contrato | UTC -5 7:42:21 | FRANCIA ROXANA CL...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Id de página: 2000629 Ayuda

Volver | Últimas modificaciones | Todos | Seleccione

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
188905	PS 0193 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	16 horas para terminar (31/01/2019 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS	19.735.100 COP	Firmado	Detalle

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

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: 07-jun-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: USS SAN BLAS	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2891100	*FECHA DE INGRESO*: DIA 26 MES 5 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: TRANSVERSAL 5 ESTE # 19-50 SUR	

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	13	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	13	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento 14 de diciembre del 2018

Francia Gavino Ramos

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: 07-jun-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CLAVIJO	RAMOS	FRANCIA ROXANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52972101

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES MAY AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

CIUDAD BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 80B # 57a - 26 SUR

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

CIUDAD BOGOTA D. C. TELEFONO 7826403

EMAIL tanita097@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 TECNICO AUXILIAR
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NO AÑO 1998
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2004	

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: 07-jun-2018

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 07-jun-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52972101 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.

Dirección CARRERA 80B # 57a - 26 SUR **Teléfonos** 3208453092 7826403

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CESAR AUGUSTO CLAVIJO SANABRIA	80271119	PADRE
AURA DEL ROSARIO RAMOS GOMEZ	27284655	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	$ 18.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	0550000500057898	KENNEDY	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DE BOGOTA	PRESTAMO	$ 5.000.000,00

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:

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 07-jun-2018

ENTIDAD O INSTITUCION

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Francia Clavijo Ramos

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 07-jun-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Instituto Yolkin

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 1055 del 12 de Marzo de 2001

Confiere a:

Francia Roxana Clavijo Ramos

C. C. No. 52.972.101 de Bogotá

El Título de

Bachiller Comercial

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

Rectora — Olga Yolanda González

Secretario — Gabriel Humberto González

INSTITUTO YOLKIN TECNICOS EN INFORMATICA

Registro Interno

Acta No. 01 Folio No. 036

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

Dado en Bogotá, D.C., a 8 de Diciembre de 2001

Ramay-258 45 36

Scanned by CamScanner

LICENCIADO A: [HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL E.S.E.] NIT [800197177-2]

República de Colombia

La Escuela de Auxiliares de Enfermería

C E M C A

Institución de Educación no Formal
Licencia de iniciación de labores según resolución No. 5524
del 26 de Diciembre de 1994

Confiere el presente Certificado de:

Término Laboral

en

Auxiliar de Enfermería

Con énfasis en manejo de Software Hospitalario

A

Francia Roxana Clavijo Ramos

C.C. No. 52.972.101 de Bogotá

Por haber culminado satisfactoriamente el programa de Auxiliar de Enfermería, realizado del 13 de Enero de 2003 al 25 de Noviembre de 2004 con una duración de 1.800 horas.

Rector
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
CEMCA
RECTORIA

Directora AUXILIARES DE ENFERMERIA
CEMCA
DIRECCION

Dado en Bogotá, D.C. a los 26 días del mes de Noviembre de 2004

Registro Medico: 1030578710
Especialidad:MEDICINA GENERAL SAN BLAS II NIVEL

Scanned by CamScanner

CEMCA

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERI

APROBACION
ACUERDO 01 DE MARZO DE 1993 MINISTERIO DE SALU
RESOLUCION 5524 DE 1994 SECRETARIA DE EDUCACIC

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre de dos mil cuatro (2.004), se reunieron los suscritos Rector y Directora de la Escuela de AUXILIARES DE ENFERMERIA **"CEMCA"** con el fin de estudiar los resultados académicos y prácticos de los estudiantes de cuarto semestre, con el propósito de conferirles la certificación correspondiente como **TECNICOS LABORALES EN AUXILIARES DE ENFERMERIA.**

Comprobada la situación académica y verificadas las diferentes actividades de prácticas de atención primaria y secundaria de cada uno de alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al último semestre de TECNICOS LABORALES EN AUXILIARES DE ENFERMERIA, se procedió a otorgar el certificado al egresando cuyos apellidos, nombre y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

CLAVIJO RAMOS FRANCIA ROXANA
C.C No. 52.972.101 de BOGOTA

Es fiel copia tomada del Acta General de Grado No.025 de fecha veinticinco (25) de Noviembre de dos Mil Cuatro (2.004) que consta de 97 alumnos, que comienza con el nombre de **ALARCON PARRA ANYELI MARIBEL** y termina con el nombre de **YOSCUA SILVA SANDRA MILENA**, firmada y sellada por **LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ (Rector)** y **MARLEN ALVAREZ RICAURTE** (Directora).

Dada en Bogotá a los veintiséis (26) días del mes de noviembre de dos mil cuatro (2004).

LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ
C.C. No. 17.037.843 de Bogotá
Rector
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
CEMCA
RECTORIA

MARLEN ALVAREZ RICAURTE
C.C. No. 39.520.613 de Engativá
Directora
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
CEMCA
DIRECCION

Acta de Grado

INSTITUTO YOLKIN

Calle 56 Sur No. 86 A-06 - 778 08 56
Jornada Unica

Inscripción S.E.: 4685
Dane: 311001143723

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 8 días del mes de Diciembre de 2001 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del Instituto Yolkin Jornada Unica, Institución aprobada hasta Nueva Visita, en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Comercial, según Resolución No. 1055 del 12 de Marzo de 2001

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de Bachiller Comercial al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Francia Roxana Clavijo Ramos
C. C. No. 52.972.101 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 01 Folio No. 036 de fecha 8 de Diciembre de 2001 que consta de 47 alumnos graduados, comienza con el nombre de Acevedo Romero Esperanza y se cierra con el nombre de Vargas Castro Yesid.

Firmada y sellada por Olga Yolanda González Jiménez (Rectora) y Adriana Morcio Jiménez (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 8 días del mes de Diciembre de 2001

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981
No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Rectora
C.C. No. 41.[illegible] de Bogotá

Secretaria
C.C. No. 52.[illegible] de Bogotá

Especialidad:MEDICINA GENERAL SAN BLAS II NIVEL

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

INFORSALUD

Instituto de Educación Técnico Laboral

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con autorización oficial según resolución No. 2136 de fecha 24 de febrero de 1997 emanada en la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., Acuerdo No. 15 de Octubre 16 de 1996 y Acuerdo No. 9 de Julio 10 de 1995 emanados por el ministerio de salud.

Confiere a:

FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS

Identificado (a) con .....C.C..... No .....52.972.101..... De .....Bogotá..D.C.....

El seminario de Actualización en :

PRIMEROS AUXILIOS

Con duración de ...6...Horas

Entregado en Bogotá D.C., A los .....31..... Días del mes de .....Enero..... De ...2008

Director

Secretaria

Scanned by CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

INFORSALUD

Instituto de Educación Técnico Laboral

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con autorización oficial según resolución No. 2136 de fecha 24 de febrero de 1997 emanada en la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., Acuerdo No. 15 de Octubre 16 de 1996 y Acuerdo No. 9 de Julio 10 de 1995 emanados por el ministerio de salud.

Confiere a:

FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS

Identificado (a) con .....C.C..... No .....52.972.101..... De .....Bogotá..D.C.....

QUIEN CURSO Y APROBÓ LA NIVELACIÓN EN

CIENCIAS BÁSICAS

Con duración de ...600...Horas

Entregado en Bogotá D.C., A los .....31..... Días del mes de .....Enero..... De ...2008

Director

Registro Folio No. 021 Del Libro No -01-

Secretaria

Scanned by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

INFORSALUD

Instituto de Educación Técnico Laboral

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con autorización oficial según resolución No. 2136 de fecha 24 de febrero de 1997 emanada en.la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., Acuerdo No. 15 de Octubre 16 de 1996 y Acuerdo No. 9 de Julio 10 de 1995 emanados por el ministerio de salud.

Confiere a:

FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS

Identificado (a) con .....C.C..... No .....52.972.101..... De .....Bogotá..D.C.....

El seminario de Actualización en :

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Con duración de ...6...Horas

Entregado en Bogotá D.C., A los .....31..... Días del mes de .....Enero..... De ...2008

Director

Secretaria

Scanned by CamScanner

ESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL SAN BLAS II NIVEL

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

CONCEDIDO A

Francia Clavijo

Por su participación en la jornada de actualización en Soporte Vital Básico y Cuidado Crítico realizado en el Hospital San Blas II Nivel E.S.E. entre los meses de Abril y Mayo de 2013 con una intensidad de 20 horas.

Dra. Dra. María Alfonsa Alfonso
Gerente Hospital San Blas II Nivel

Dr. Héctor Germán Fuentes Mojica
Médico Especialista U. C. Intermedio.

Dr. Juan Carlos Ordoñez Gaitan
Subgerente de Servicios de Salud

Dr. Jaime Guillermo Díaz Chaparro
Docente.

HOSPITAL SAN BLAS
II NIVEL

BOGOTÁ HUMANA

HOSPITAL LA VICTORIA II NIVEL E.S.E. | NIT 800197177-21

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.,
a través de la Alta Consejería Distrital para las TIC y
la Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá D.C.
Convenio Interadministrativo N°.1210200-328-2013

CERTIFICAN QUE:

Francia Clavijo

Asistió y Aprobó el **Programa de Actualización y Mesa de Ayuda en el Uso y** **ultura de Software Libre,** para fortalecer los conocimientos y destrezas en los servidores y/o contratistas del Distrito Capital, con una intensidad horaria de 16 horas

Dado en Bogotá D.C., el día 30 de Mayo de 2014

MAURICIO TRUJILLO URIBE
Alto Consejero Distrital de TIC

JORGE ELIECER LARA PALACIOS
Director de Planeación y Sistemas de Información

BOGOTÁ

Scanned by CamScanner

LICENCIADO A: [HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL E.S.E.] NIT [800197177-2]

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE MEDICINA

Educación Médica Continua y Enlace en Salud

CERTIFICA QUE

Francia Clavijo

Participó en el seminario "Actualización en promoción de la salud y prevención de la enfermedad"
Intensidad de 16 horas
Enero 29 y 30 de 2007

IVAN SOLARTE RODRIGUEZ, MD
DECANO ACADÉMICO
FACULTAD DE MEDICINA

ANDRES DUARTE OSORIO, MD
COORDINADOR ACADÉMICO

ALBERTO RODRIGUEZ VARÓN, MD
DIRECTOR
EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Bogotá, D.C., Enero de 2007

Scanned by CamScanner

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.
Dirección de desarrollo de servicios de salud

Centro Regulador de Urgencias

Programa Atención Prehospitalaria
Sistema de emergencias médicas

CERTIFICA QUE

FRANCIA CLAVIJO RAMOS

Asistió al tercer curso masivo de
PRIMER RESPONDIENTE

Parque Simón Bolívar, 8 de noviembre de 2003

José Fernando Cardona Uribe
Secretario Distrital de Salud.

Libardo Chávez Guerrero
Director de desarrollo de servicios de Salud.

BOGOTÁ PARA VIVIR todos del mismo lado

Bogotá productiva

Secretaría SALUD

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS

CC.52.972.101

APROBO EL CURSO

ACTUALIZACION DE ENFERMERIA EN PROMOCION Y PREVENCION

DURACION 50 HORAS

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO

Bogota D. C., 30 de Agosto de 2005
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

1779280

SERVICIOS A LA SALUD
CENTRO DE FORMACION

SCC2005AP00378 30/08/2005
No Y FECHA DE REGISTRO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Blas II Nivel E.S.E.

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

CONCEDIDO A

Francia Clavijo

Por su participación en la jornada de actualización en Cuidado a Paciente con Enfermedad Mental realizado en el Hospital San Blas II Nivel E.S.E., entre los días 14 y 19 de Noviembre de 2019 con una intensidad de 16 horas.

Dr. Raje Gerardo Robert Medina
Medico Especialista en Psiquiatría.

Dr. Juan Carlos Ordoñez Garzon
Subgerente de Servicios de Salud.

Dr. Jaime Guillermo Díaz Chabur
Gerente.

HOSPITAL SAN BLAS
II NIVEL E.S.E.

BOGOTÁ
HUMANA

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

CLAVIJO RAMOS FRANCIA ROXANA

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.972.101

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

Con una duración de 60 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogota D. C. a los Veintidos (22) días del mes de Septiembre de Dos Mil Cinco (2005)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS.
SUBDIRECTOR DEL CENTRO CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL BOGOTÁ

SGC2005AP00414 22/09/2005
No Y FECHA DE REGISTRO

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

FRANCIA CLAVIJO RAMOS

C.C.: 52972101

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Subred Integrada de Servicios de Salud

BOGOTÁ MEJOR

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Cemca

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Auxiliar de Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Ivana Olaya Ramos

No. de documento: 52977101

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Kr. 80b # 57a-26

Teléfono: 7826403 - 3208453042

Scanned by CamScanner

A-15001 16-45 15333 4-F-00529721 01-20061010 0690906282B 02 22674470 0

INDICE DERECHO

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
23-FEB-2001 BOGOTA D.C.

ESTATURA G.S. RH SEXO
1.55 A+ F

LUGAR DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

FECHA DE NACIMIENTO
26-MAY-1982

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.972.101

NUMERO

CLAVIJO RAMOS

APELLIDOS

FRANCIA ROXANA

NOMBRES

Francia Clavijo

FIRMA

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 09 Solicitud de actualización de datos de identificación

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 1439561023 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 529721015 | 6. DV: 5

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico:

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	52972101	2001023

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
CLAVIJO	RAMOS	FRANCIA	ROXANA

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 80 B 57 A 26 SUR BRR CLASS ROMA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
tanita097@hotmail.com		7826403	3004714496

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código	Actividad principal 47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria 48. Código	Actividad secundaria 49. Fecha inicio actividad	Otras actividades 50. Código 1	Otras actividades 50. Código 2
8692	20050526				

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código	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
	20																									

20- Obtención NIT

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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha: 20161122

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

Francia Clavijo Ramos.

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

984. Nombre: GOMEZ PEÑA ANA ISABEL

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 22-11-2016 10:00:04AM

DOCUMENTO GENERADO ELECTRONICAMENTE

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 27-11-2017
Hora: 8:17:17 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52972101-5 FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS

Información General

Dirección KR 80B 57A 26 SUR

Teléfonos 7826403-3004714496
Dirección electrónica tanita097@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2015
Soporte Inscripción 17540785
Fecha Inicio Actividades 26/05/2005
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002436446

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



FRANCIA ROXANA

CLAVIJO RAMOS

C.C. o C.E. 52972101

Secretaria

SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA AUTORIZADA

Expedicion 26/03/2007

Scanned by CamScanner

Secretaria
SALUD
ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTA

Resolución No 9832 de 09/12/2004

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CLAVIJO RAMOS FRANCIA ROXANA Identificado(a) con CC número 52972101 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA el día 26/11/2004 y registrado en el libro XX Folio XX año XX

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a CLAVIJO RAMOS FRANCIA ROXANA identificado(a) con CC número 52972101 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 09/12/2004

Original firmado por
JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS

JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS
Director de Desarrollo de Servicios.

Bogotá, D.C 8. 02. 2005.
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Francia Clavijo Ramos
CC. # 52.972.101.
Firma Francia Clavijo Ramos

Elaboro :Victor Sánchez
Revisó : Adriana Lozano

Scanned by CamScanner

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

Conservelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Francya.

Apellidos: Clavijo Ramos

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52977101

Fecha de Nacimiento: Día 26 Mes 05 Año 1982

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	6 abr / 2015	1434017	
	2	10 Nov / 2015	1434017	
	3	31 Mar / 2016	1434018	
	R	Mayo 27 / 2016	FA15002 8/16	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		30 Mayo / 2016	153702 / 12/16	
Virus de Papiloma Humano				
Dpt	04 abr / 2013			

Scanned by CamScanner

Clinisur
Salud Ocupacional
Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000026390

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 21/11/2017 09:28:08

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS **C.C** 52972101

EDAD 35 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☐
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometría	☐	Cuales	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Espirometría	☐	Radiografías	

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

APTO PARA EL CARGO ☑ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/
CONTROL MEDICO ORTOPEDIA Y TERAPIA FISICA EPS
USO DE EPP

EXÁMEN PERIÓDICO

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

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Francia Clavijo Ramos

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Anderson Y. Gómez Avila
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución No 4451 - 2018

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

FRANCIA CLAVIJO RAMOS

C.C.: 52972101

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Diaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Subred Integrada de Servicios de Salud

BOGOTÁ MEJOR

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE:

CENTRO SUPERIOR ESAT

"EDUCACION, SALUD, ARTE Y TECNOLOGIA"
NIT. 900820764-1
EDUCACION INFORMAL
DECRETO 4904/2009 CAPITULO V No. 5.8
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ESAT
Educación Salud Administración Turismo

CERTIFICA QUE:

FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS

CC.No 52.972.101

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL CURSO TEORICO-PRÁCTICO

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 25 HORAS

Centro Superior ESAT S.A.S.
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

REPRESENTANTE LEGAL

Centro Superior ESAT S.A.S.
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

COORDINADOR ACADÉMICO

CSE00172-15-01-19

Bogota D.C 15 de enero del 2019
VIGENCIA(2)AÑOS

Centro Oriente E.S.E

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATEGICO – GESTION 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:	17-Dic-18	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO	Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Clavijo	Ramos	Francia	Roxana

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐	52972101	Bogota	23-Feb-2001
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
26-05-82	Bogotá	Colombia	Colombia

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

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kr 80b #57a26sur	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	7876403

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Tenita097@Hotmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		8692
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒		ICA	SI ☐ NO ☒		PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
		AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	ACTIVO ALTO RIESGO	SI ☐ NO ☒

Secretaría Distrital 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
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	UMHES San Blass – Subred Centro Oriente

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | |

Centro Oriente E.S.E.

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

CODIGO: ET-CA-FT-011
VERSION: 01
FECHA: 2017 06 23

+ 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/Contratista 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 publico 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: Adjuntar 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)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, 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 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o algunas 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 la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite 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 negociacion de contratos con la ESE y/o algunas 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 acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfacion 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 Servios (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 estada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras 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 externos, 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 cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion 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 estadisticos.
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 hagan 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 biometricos. 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 Basica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre 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 *(Dirección) 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 autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

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.
ESTRATEGICO – GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CODIGO: ET-CA-FT-011
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Francia Clavijo Ramos

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice 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:		

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS identificado(a) con cedula ciudadania 52.972.101 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20050527	No Registrada	732

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10562337

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

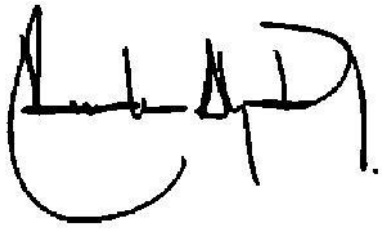
NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS**, identificado(a) con CC **52972101**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 28/05/2005

Se expide a solicitud del interesado el 29/01/2019.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52972101	FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS	SAN BLAS-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/11/2016	30/11/2017	INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 24 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119225211

WEB
13:38:08

Bogotá DC, 14 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52972101:

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 13:28:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52972101
Código de Verificación	529721011812141328 22

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2613218

Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 13:33 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO UN** de BOGOTÁ, D.C.

52972101

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_ZZX8Z_3313
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 13:47:55 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52972101**
Apellidos y Nombres: **CLAVIJO RAMOS FRANCIA ROXANA**

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.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **29/01/2019**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora FRANCIA ROXANA CLAVIJO RAMOS** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **52972101**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550000500057898**
Saldo a la fecha	**95.68 Pesos**
Fecha de apertura	**22/04/2008**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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

52972101	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Francia	Roxana	Cavijo	Ramos
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

26 - Mayo - 1982	Bogotá	Kr 80 b # 57a-26 sur	7826403
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Provenir	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

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

Tanita097@Hotmail.Com	3208453092
Correo Electrónico	Celular

Janeth Cavijo Ramos	Nataly Rocio Salazar Enfermera RUN 13524
Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. _____