Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones BLANCA YANETH TOVAR.

BLANCA YANETH TOVAR con el NIT 52120852 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

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: 28-nov-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
TOVAR		BLANCA YANETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52120852

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES DIC AÑO 1972

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 98/2/20

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2102020

EMAIL yanethtovar2011@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 ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1991
										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		TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2000	52120852

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: 28-nov-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* yanethtovar2011@hotmail.com
TELÉFONOS 3112211771	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 8 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA* UCI ADULTO		*DIRECCIÓN* CARRERA 14#1/59

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* yanethtovar2011@hotmail.com
TELÉFONOS 3112211771	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 11 AÑO 2004		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA* UCI ADULTO		*DIRECCIÓN* CARRERA 15# 1/59

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	12
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	13	12

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).

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: 28-nov-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá, 28 nov 18

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 28-nov-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, BLANCA YANETH TOVAR

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52120852 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección carrera 98/2/20 **Teléfonos** 3112211771 2102020

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ELDA MARIA TOVAR HERNANDEZ	20696454	MADRE
YENNIFER KATHERIN GORDILLO TOVAR	0	HIJO(A)

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	$ 17.100.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 17.100.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	0570004870300730	20 JULIO	$ 2.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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: 28-nov-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 28-nov-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre

El Gimnasio Santa Lucia

Aprobado según Resolución No. 13578 del 12 de Agosto de 1980.
emanada del Ministerio de Educación Nacional

Confiere a:

Blanca Yaneth Tovar

Identificado(a) Con CC No 52.120.852 de Santa Fe De Bogotá D. C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
al nivel de educación Media Vocacional, Según los planes
y programas vigentes

Rector ..... Secretario .....

Bogotá 3 de Diciembre de 1991

Anotado al Folio 34 del Libro de Registro No. 94

Secretario de Educación

Acta Individual de Grado

GIMNASIO SANTA LUCIA

Resolucion 13578 del 12 de Agosto de 1980

En la ciudad de Santafe de Bogotá a los Cero Un Dias (01) del Mes de Diciembre del año 1.991 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del Ciclo de Educación Media (Grado Once) los suscritos Rector y Secretario Académico en la Rectoría del **GIMNASIO SANTA LUCIA** Institución aprobada por la Secretaria de Educación Nacional, para otorgar el Título de Bachiller Academico, según resolución 13578 del 12 de Agosto de 1980.

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

BLANCA YANETH TOVAR

C.C. 52.120.852 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 047 de fecha Diciembre 01de 1991, que consta de 140 alumnos graduados. Comienza con el nombre de Agreda Romero Nestor Fabian y cierra con el nombre de Zarate Zarate Francisco de Jesús.

Firmada por JUAN RAMON CARDENAS ALMONACID (Rector) y MARIA CLARAADILMA ZAMBRANO BARRANTES (Secretaria).

GIMNASIO SANTA LUCIA RECTORIA

Rector

GIMNASIO SANTA LUCIA SECRETARIA

Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA

Cuarto NOTARIO SECUNDO (2o.) de este circu
hace constar que la fotocopia coincide
con su original que he tenido a la vista
Bogotá, D.C. 18 FEB 2001 de 199

REPUBLICA DE COLOMBIA
Jaime Díaz Rodríguez
NOTARIO SEGUNDO
CIRCULO DE BOGOTA D.C.

CENCAdent

Centro de Formación en Enfermería y Mecánica Dental

RESOLUCIONES OFICIALES Nos. 6182/96 Y 7189/98 Secretaría de Educación
APROBACION ACUERDO 007/94 y acuerdo 023/97 del Ministerio de Salud

CERTIFICA:

Que **Blanca Yaneth Tovar**

Con C.C. No. 52.120.852 de Bogotá

Por cuanto ha cursado los estudios con la intensidad reglamentaria 1800 horas, realizado los trabajos prácticos y presentado los exámenes de rigor, conforme a las disposiciones estatutarias, esta Institución le otorga el certificado de:

Técnico Lab. en Auxiliar de Enfermería

DIRECCION GENERAL
Director General

Centro de Formación en Enfermería y Mecánica Dental CENCAdent CARACAS No. 43 - 73 SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
Director(a) Administrativo(a)

CENCADENT
Director Académico

Profesor

CENCA SECRETARIA
LA SECRETARIA

Anotado al Folio 5 del Libro de Calificaciones del Plantel No. 2 Diciembre 16 de / 2.000

ACTA DE GRADO

(CERTIFICACIÓN)

El Centro de Formación en Enfermería y Mécanica Dental **CENCADENT** plantel que basa su programación según los acuerdos ejecutivos Nos. 003 de 1993, 007 de 1994 y 023 de 1997 del Ministerio de Salud, con resolución oficial No 7189 de 1998 emanada de la Secretaría de Educación del Distrito y por intermedio del Presidente de su Consejo Superior

HACE SABER

Que en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., en la Sede principal de la Escuela., el día 16 de Diciembre del 2.000, se realizó la ceremonia de GRADO del respectivo período académico, presidida por las Directivas de la Institución, quien de acuerdo a lo normado en el reglamento interno del establecimiento, confirió el certificado que acredita a **TOVAR BLANCA YANETH** identificada con C.C. **52´120.852** de Bogotá **TECNICO LAB. EN AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Se expide el presente a los 16 días del mes de Diciembre del 2.000, teniendo como testigos a autoridades de la Institución, para que sus firmas formen parte integral del certificado mencionado, y que así éste sirva para los fines que el egresado estime convenientes.

Atentamente,

DIRECCION GENERAL

DRA. NORIS DEL C. HERAZO CUETO
Directora General

EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C., HACE CONSTAR QUE LA FIRMA DE Noris del Carmen Herazo Cueto QUE APARECE ESTAMPADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES IGUAL A LA REGISTRADA Y POR LO TANTO SE CONSIDERA AUTENTICA.

SANTAFE DE BOGOTA, D.C. 28 FEB 2001 DE _____.

REPUBLICA DE COLOMBIA
Jaime Diaz Rodriguez
NOTARIO SEGUNDO
CIRCULO DE BOGOTA D.C.

Item 9.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO– GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS	CÓDIGO: AP-TH-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-01-16

Bogotá D.C

Señores:

Concadent.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Blanca yandh Tovar 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:

Tecnico laborat. en Auxiliar de enfermeria

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 52170852 Bta

Tarjeta profesional No: 52170852 Bta

Dirección de contacto: Carrera 98 H 2-20

Teléfono: 3112211771.

FCV
FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
Trabajamos de Corazón

Instituto del Corazón
HOSPITAL VERDE

ICONTEC
CERTIFICADO DE GESTION DE LA CALIDAD

Otorgado a
FCV Instituto del Corazón

FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
NIT 890.212.568-0

MARTHA ARDILA
Medico Jefe UCI Cardiovascular

CERTIFICA:

Que **BLANCA YANETH TOVAR,** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.120.852 de Bogotá, presto sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, desde octubre 18 de 2006 hasta marzo 31 de 2007, demostrando ser una persona honesta, responsable y cumplidora de sus deberes y con excelentes relaciones humanas que se reflejan en el manejo del paciente.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado a los veintiséis (26) días del mes de marzo (03) de 2007.

MARTHA C. ARDILA
Médico Pediatra
UCI
R.M. 4662006
FCV

MARTHA ARDILA
Medico Jefe UCI Cardiovascular F.C.V. – Hospital Santa Clara

República de Colombia
Departamento de Cundinamarca
Alcaldía Municipal La Palma
Secretaría de Gobierno

EL SUSCRITO SECRETARIO DE GOBIERNO DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE LA PALMA CUNDINAMARCA

H A C E C O N S T A R

Que la señora **BLANCA JANETH TOVAR**, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 52.120.852 expedida en Bogotá, se desempeño como Auxiliar de Enfermería, con el programa adulto mayor y en vacunación, dentro del Programa de Atención Básica en Salud (PAB), que adelantó esta Administración, desde el 1 de febrero hasta el 28 de diciembre del año 2003, cumpliendo a cabalidad con sus funciones.

Se expide la presente a los dieciséis (16) días del mes de abril de dos mil cuatro (2004), a solicitud de la interesada.

ARQUIEDES NEIRA SALCEDO
Secretario de Gobierno

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.120.852**

TOVAR

APELLIDOS

BLANCA YANETH

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-1972**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-ABR-1991 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00354189-F-0052120852-20120105 0028886858A 1 7871661885

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14322575533

(415)7707212489984(8020) 000001432257553 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 52120852 - 2

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico: 32

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión iliquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 13

26. Número de Identificación: 52120852

27. Fecha expedición: 19910430

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 169

29. Departamento: Bogotá D.C. — 11

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 001

31. Primer apellido: TOVAR

32. Segundo apellido:

33. Primer nombre: BLANCA

34. Otros nombres: YANETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 169

39. Departamento: Bogotá D.C. — 11

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 001

41. Dirección principal: TV 98 02 20 TO 15 AP 304 BRR TIERRABUENA

42. Correo electrónico: yanethtovar2011@hotmail.com

43. Apartado aéreo:

44. Teléfono 1: 3112211771

45. Teléfono 2: 3927740

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8692 — 47. Fecha inicio actividad: 20010201

Actividad secundaria — 48. Código: 8299 — 49. Fecha inicio actividad: 20010201

50. Código otras actividades: 1: 2:

Ocupación

51. Código: 5132

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1, 2

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

55. Forma: 56. Tipo:

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: Si [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2014 12 15

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:

52120852

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: BALLEJO OSORIO LUIS ALFREDO

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 23-11-2015
Hora: 2:31:06 PM

CONTRIBUYENTE CC 52120852 BLANCA YANETH TOVAR

Información General

Dirección TV 98 02 20 TO 15 AP 304

Teléfonos 3112211771-3927740
Dirección electrónica yanethtovar2011@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 30/04/2012
Soporte Inscripción 14223422
Fecha Inicio Actividades 30/04/2012
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000262161

BOGOTÁ HUMANA

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

Fuente ICA TE TOCA


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
23-05-2001
TOVAR
BLANCA YANETH
CC 52120852
SALUD
AUXILIAR DE ENFERMERIA
FIRMA
FIRMA AUTORIZADA

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

APR 18 2001

Resolución No 003204 *de*
Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

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) TOVAR BLANCA YANETH Identificado(a) con CC número 52120852 expedida en SANTAFE DE BOGOTA D.C. solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CTRO DE FORM. EN ENF. Y PROT. DENTAL CENCADENT el día 16/12/2000 y registrado en el libro 2 Folio 5 año 2000

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 TOVAR BLANCA YANETH identificado(a) con CC número 52120852 expedida en SANTAFE DE BOGOTA D.C. para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó 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 Santa Fe de Bogotá, D.C. a los

APR 18 2001

ORIGINAL FIRMADO POR:
JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
Director de Desarrollo de Servicios de Salud (E)

VRS

Santa Fe de Bogotá, D. C. 23-05-2002
En la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Blanco Yaneth Tovar
identificado con la C. C. 52 120 852 Bta
La resolución No. 003204 Abril 18 2001
Quien enterado del contenido firma
Notificador

IMPRENTA DISTRITAL

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52120852

Primer Nombre *

blanca

Primer Apellido *

tovar

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-11-28→10:55:26 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52120852	BLANCA	YANETH	TOVAR		**Ver**

Información Detallada [CC: 52120852] BLANCA YANETH TOVAR

2018-11-28→10:55:26 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2001/4/18	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

CONCEPTO MEDICO LABORAL

FECHA 16 DE ABRIL DEL 2016 **EMPRESA** ENONCO S.A.S **NIT** 900447989-2

TIPO DE EXAMEN *INGRESO* [X] *EGRESO* [ ] *PERIODICO* [ ] *REINGRESO* [ ]

TRABAJO EN ALTURAS [ ] *OTROS* [ ]

NOMBRE BLANCA YANETH TOVAR **CEDULA** 52.210.852 **EDAD** 42 AÑOS

EPS SALUD TOTAL **ESTADO CIVIL** SEPARADA

CARGO ACTUAL / CARGO AL QUE ASPIRA AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO LABORAL *APTO* [X] *NO APTO* [ ] *APLAZADO* [ ]

APTO CON RECOMENDACIONES [ ] *APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS* [ ] *APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS* [ ]

EXAMENES REALIZADOS

MEDICO OCUPACIONAL [X] *VISIOMETRIA* [ ] *AUDIOMETRIA* [ ] *ESPIROMETRIA* [ ]

COLESTEROL [ ] *TRIGLICERIDOS* [ ] *GLICEMIA* [ ]

RECOMENDACIONES O RESTRICCIONES

* HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA.
* EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR.
* PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO, HABITOS DE VIDA SALUDABLE .
* USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
* CONTROL ANUAL OCUPACIONAL.
* EJERCICIO AEROBICO 30 MINUTOS TRES VECES POR SEMANA, DIETA BAJA EN CALORIAS, BAJAR DE PESO.
* USO DE LENTES CORRECTIVOS EN SITIO DE TRABAJO

Yo _____ autorizo al profesional abajo mencionado, a que se realice el examen médico ocupacional y los exámenes complementarios, dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes citados en este documento, afirmo que comprendo los beneficios, interpretación. Limitaciones y riesgo del examen. Certificó que la información que suministro es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que SISOC CONSULTORES de a la misma. Autorizo que suministre la autorización necesaria a la persona o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional. Licencia SISOC CONSULTORES salud ocupacional resolución 11622 del 12 noviembre 2010

Aspirante o trabajador

Nombre _____

Firma _____

C:C _____

Medico ocupacional

JUAN CARLOS GOMEZ DE LA ROSA

Firma _____ JUAN CARLOS GOMEZ D.
C.C. NO. 79.471.633

Registro medico _____ Médico Especialista
Salud Ocupacional
Res 6951/2008

Registro ocupacional

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: YANETH

Apellidos: TOVAR

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52720852

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	29/11/19	034E505A 4/18 Eyfarm	
	2			
	3	29/11/2019		
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	29/11/2019	V5021705 4/18 Ex	
Virus de Papiloma Humano				

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

8218221

Orden No:	**8218221**	Fecha de ingreso:	21-Aug-2018 11:39 am
Paciente:	**TOVAR JANETH**	Fecha de impresion:	11/09/2018
Documento Id:	CC 52120852	Edad:	45 Años 7 meses 29 dias Sexo F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3112211771
Sede:	USAQUEN	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
INFECCIOSAS			
Hepatitis b, anticuerpos s [anti-hbs]	>847.0^Reactive	mIU/mL	
VALORES DE REFERENCIA:			
NO REACTIVO: Menor a 10 mIU/mL			
REACTIVO: Mayor o Igual a 10 mIU/mL			

Firma Responsable

Fecha validación 8/26/2018 4:43:00PM

P. Zuluaga C.
Dra. Pilar Zuluaga
Bacteriologa

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:

YANETH TOVAR

C.C.: 52120852

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.

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 :

BLANCA YANETH TOVAR

c.c. :52.120.852

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, a los 09 días del mes de Octubre de 2018.
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

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

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:	2018-11-28	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TOVAR		BLANCA	YANETH

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52.120.852	BOGOTA	1991/04/30
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	NO

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1972/12/28	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) X UNION LIBRE VIUDO(A)	2	2	3112211771

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER PRIMARIA TECNICO PO[illegible]O [illegible]VERSITARI BACHILLER X TECNOLOGO OTRO CUAL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 98 NUMERO 2-20	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3112111771

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
YANETHTOVAR2011@HOTMAIL.COM		PROPIA X	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:

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

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	SI [ ]	IVA	SI [ ]	NO [X]	CODIGOS C.I.I.U ACTIVIDAD ECONOMICA	8692
		NO [X]	ICA	SI [ ]	NO [X]	PRINCIPAL: [X]	SECUNDARIA: [ ]

GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR	SI [ ] NO [X]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ] NO [X]

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	COMERCIAL [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]	# NIT 900959051-7

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ENTOS [ ] EDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diagonal 34 Nº 5 - 43	3 - 444484	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAN DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2004/11/11

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	$ 1.550.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 1.550.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 800.000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 1.550.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.550.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 800.000

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
MORA	ORTIZ	LINET	LILIANA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 17A SUR NUMERO 24A -25	BOGOTÁ / CUNDINAMARCA	COMPAÑERA	3031935

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	570004870300730	BOGOTA	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ]

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

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.):

Auxiliar de Enfermeria

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.

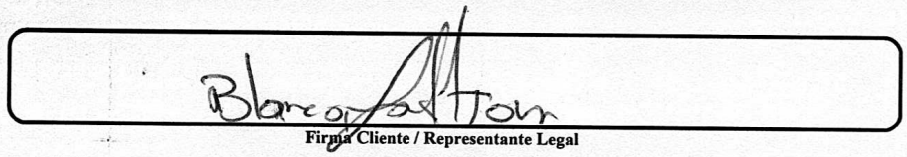
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende 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 Título 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.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha		**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

BOGOTÁ, Diciembre 5 de 2018

Señora:
TOVAR BLANCA YANETH
CC. 52120852
CR 98 2 20 TIERRA BUENA - 0
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 Julio 7 de 2011.
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
GORDILLO TOVAR JENNIFER KATHERIN	1000807375	T	Jul-7-2011	385	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
TOVAR BLANCA YANETH	52120852	C	Jul-7-2011	385	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GORDILLO CORREDOR JOSE DEL CARMEN	79824851	C	Jul-7-2011	385	0	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
TALERO TOVAR YEISON DAVID	91062117006	T	Jun-9-2005	52	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Nov-30-2010	Exclusion por traslado a otra EPS	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
BLANCA YANETH TOVAR	52120852	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
BLANCA YANETH TOVAR	52120852	Trabajador Independiente	CERRADO
DIAGNOSTICO IPS SAS	52120852	Dependiente	VIGENTE
ENFERMERAS ONCOLOGAS DE COLOMBIA ENONCO SAS	52120852	Dependiente	CERRADO
ENFERMERAS ONCOLOGAS DE COLOMBIA ENONCO SAS	52120852	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	52120852	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	52120852	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VÁLIDA 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 S.A.

Elaboró: Millenium Analista Call Center STAge069 - Analista Call Center

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
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **BLANCA YANETH TOVAR** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52120852,** se encuentra afiliado (a) desde **05/03/1993** 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 COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	10	CITI COLFONDOS	10/02/1998	No Aplica
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	10/03/2005	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de noviembre de 2018.

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.

Item 32

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52120852	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Blanco	Yaneth	Tovar	- o -
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

28-12-1972	Bogotá	Carrera 98 #72-28	3112211771
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

C. Salud.	Polpensiones.	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

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

yanethtovar2011@Hotmail.com.	3112211771.
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52.431.204 Bta
Enfermera P.U.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52.431.204

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118488948

WEB
10:41:34

Bogotá DC, 28 de noviembre 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) BLANCA YANETH TOVAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52120852:

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 miércoles 28 de noviembre de 2018, a las 10:37:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52120852
Código de Verificación	521208521811281037 54

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. 2564300

Bogotá D.C., 28 de Noviembre de 2018 - 10:35 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **BLANCA YANETH TOVAR** , quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO VEINTE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS** de BOGOTA

52120852

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: 11_2JRRU_3510
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 10:43:28 horas del 28/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52120852**

Apellidos y Nombres: **TOVAR BLANCA YANETH**

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.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

CERTIFICACIÓN

Bogotá
COLOMBIA

2018/11/29

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora BLANCA YANETH TOVAR** con **Cédula de Ciudadanía** número **52120852** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número: **004870300730**
Fecha apertura: **2009/08/24**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO

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