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 – GESTION TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

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

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:	Nº FOLIOS:
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Nelly Tatiana Ore Torres	DOCUMENTO:	1033792594
TELEFONO:	5633189	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Enfermera.

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

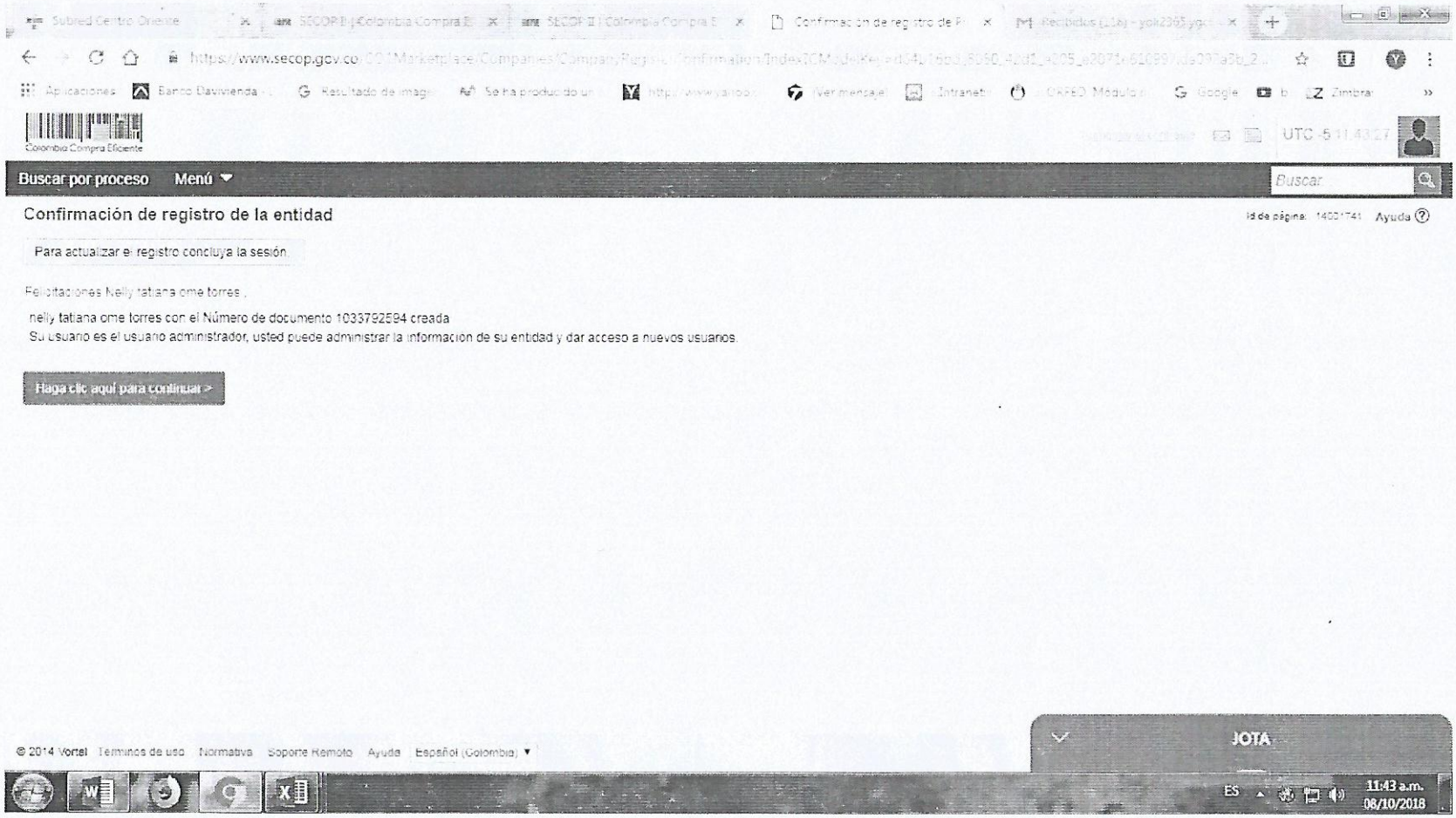
	NECESIDAD Dº PERSONAL OPS	
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI ☐
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☑
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☑
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☑ N/A ☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☑ N/A ☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☑ NO ☐
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐ N/A ☑
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☑ N/A ☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☐ N/A ☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☑
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU 8692.	SI ☑
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☑
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐ N/A ☐
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☑ N/A ☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☑ N/A ☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☑ N/A ☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☑ N/A ☐
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☑ N/A ☐
20	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☑
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☑ N/A ☐
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐ N/A ☑
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI ☐ N/A ☐
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☑ N/A ☐
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☑ N/A ☐
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐ N/A ☐
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐ N/A ☐
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐ N/A ☐
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI ☑
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: famisanar	SI ☑
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Colpensiones	SI ☑
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: Seguros Bolivar	SI ☑
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
37	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☑

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

VºBº Responsable Talento Humano:		Fecha:	
VºBº Dirección Talento Humano:		Fecha:	


Colombia Compra Eficiente
Buscar por proceso
Menú
Buscar
Confirmación de registro de la entidad
Id de página: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones Nelly tatiana ome torres .
nelly tatiana ome torres con el Número de documento 1033792594 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 >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
ES
11:43 a.m.
08/10/2018

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: 08-oct-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
OME	TORRES	NELLY TATIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1033792594

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES AGO AÑO 1996

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 34 #68 83 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5633129

EMAIL tati30ome@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller técnico especialidad salud
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.* X	MES DICIEMBRE AÑO 2013

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: 08-oct-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	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 Bogotá 8-octubre de 2018

Tatiana Amé.

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.

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: 08-oct-2018

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: 15-oct-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NELLY TATIANA OME TORRES

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1033792594 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Calle 34 #68 83 sur **Teléfonos** 3012648651 5633129

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Maritza Andrea Torres	1031126928	HERMANO(A)
Maria Fenivar Torres Benavidez	51581972	MADRE
Pedronel Ome Bernal	12121834	PADRE
Jose Fernando Ome Torres	1031176132	HERMANO(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	$ 0,00
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	$ 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

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

Última Actualización: 15-oct-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	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

Tatiana Ome T.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 15-oct-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia,
la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Y en su nombre, el

Colegio INEM Santiago Pérez

Institución Educativa Distrital

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 3190 de Abril de 1984
y Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Según Resolución No. 2388 de Agosto de 2002

Confiere a:

Nelly Tatiana Ome Torres

Identificada con NIP. 960830108S9 Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Técnico

Especialidad Salud Ocupacional

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

Liney Constanza Rojas Pacanchique
Rectora

Gilma Cecilia Moreno Moreno
Secretaria

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional a quien lea estas letras

Universidad ECCI

Confiere a

Nelly Tatiana Ome Torres

C.C. [illegible] de Bogotá D.C.

El título de:

Enfermera

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la Ciudad de Bogotá D.C.

A los 13 días del mes de Abril de 2018

UNIVERSIDAD ECCI

Secretario General

Rector

Decano de Facultad

Colegio INEM Santiago Pérez
Institución Educativa Distrital
Carrera 24 No. 49-86 Sur
Bogotá D.C.

Institución aprobada en el nivel de Educación Media
por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
Según Resolución No. 2388 del 14 de Agosto de 2002

ICFES: 026138
DANE: 111001019411
NIT: 8300174428

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Bogotá D.C., A los 6 días del mes de Diciembre del año 2013, se reunieron en la Rectoría del Colegio, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria Académica.

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 TÉCNICO
Especialidad Salud Ocupacional

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación

Ome Torres Nelly Tatiana
Identificada con NIP. 96083010859 Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General 056 de fecha 6 de Diciembre de 2013

En Bogotá D.C., A los 6 días del mes de Diciembre de 2013

Firmada y sellada

LINEY CONSTANZA ROJAS PACANCHIQUE
C.C. 51.849.162 de Bogotá

GILMA CECILIA MORENO MORENO
C.C. No. 20.659.557 de Gutiérrez, Cund.

UNIVERSIDAD ECCI

ACTA DE GRADO No. 027

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD ECCI
APROBADA POR RESOLUCIÓN No. 13370 DE AGOSTO 19 DE 2014
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

En Bogotá D.C., a los 13 (Trece) días del mes de Abril de 2018 en las instalaciones del Auditorio de la Sede Cultural y Deportiva de la Universidad ECCI, siendo las 10:00 A.M, se llevó a cabo la graduación del(a) estudiante **OME TORRES NELLY TATIANA**, identificado(a) con la C.C. No. **1033792594** expedida en **Bogotá D. C.**, quien aprobó satisfactoriamente el plan de estudios correspondiente y cumplió con las condiciones académicas requeridas por la Institución. Como opción de grado realizó el(la) **PROYECTO DE GRADO** titulado(a) **EXPERIENCIA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL HABITANTE DE CALLE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS,** obteniendo una calificación de 4.0 (**Cuatro Punto Cero**) con concepto **Aprobatorio(a)**. En virtud de lo anterior y en representación de la Universidad, el señor Rector previa toma de juramento le confirió el título de **ENFERMERA.**

Para constancia se firma la presente.

DR. FERNANDO A. SOLER LÓPEZ
RECTOR

ESP. LUISA MARÍA HINCAPIÉ ROZO
SECRETARIA GENERAL

MSC. RUTH JANNETT ZAMORA VALENCIA
DECANA DE FACULTAD

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NELLY TATIANA OME TORRES

Con Cedula de Ciudadania No. 1.033.792.594

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintitres (23) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018)

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

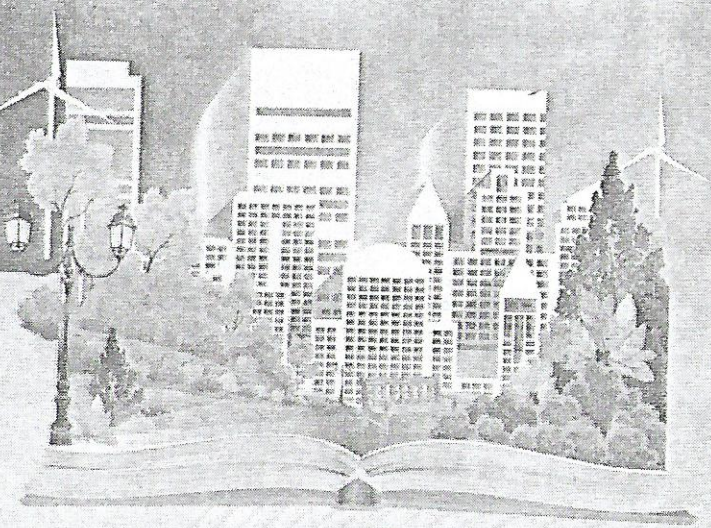
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

50328169 - 23/04/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001628045CC1033792594C.

encuentro REGIONAL de SEMILLEROS de investigación

INVESTIGACIÓN FORMATIVA para el DESARROLLO SOSTENIBLE



Nodo Bogotá-Cund. 15 años

EL NODO BOGOTÁ-CUNDINAMARCA, CERTIFICA QUE:

Nelly Tatiana Ome Torres

De la

Universidad ECCI

ASISTIO EN CALIDAD DE:

Ponente

Firmado a los 12 días del mes de Mayo de 2017 en la Ciudad de Bogotá

GERMÁN VARGAS ZAPATA
Coordinador
RedCOLSI / Nodo Bogotá - Cundinamarca

NORA MILENA RONCANCIO PARRA
Secretaria Nacional
RedCOLSI / Nodo Bogotá - Cundinamarca

La Fundación Universitaria Sanitas

Certifica que

NELLY TATIANA OME TORRES

I.D. 1033792594

Ha participado en calidad de ponente en el

XVIII Encuentro de Jóvenes Investigadores Cuidado y Práctica de Enfermeria

Celebrado en la ciudad de Bogotá, el día 24 de agosto de 2018, con una intensidad de 6 horas

Jorge Antonio Martínez Bernal
Decano Facultad de Enfermería

Claudia Aristizábal Guzmán
Coordinadora Centro de Investigación en Ciencias de la Salud

18BO57FC92888

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Ecci

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Enfermera.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: Tatiana Ome Torres.

No. de documento: 1033792594

Tarjeta profesional No: 1033792594

Dirección de contacto: cll 34 # 68-83 sur

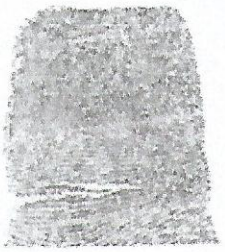
Teléfono: 3012648651

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.792.594
OME TORRES
APELLIDOS
NELLY TATIANA
NOMBRES

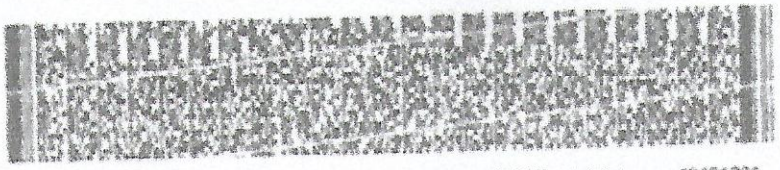
Nelly Tatiana Ome T.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.46 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-OCT-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00650655-F 1033792594 20141208 0041744725A 1 49421011

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14484525419

(415)7707212489984(8020) 000001448452541 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1033792594	1	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1033792594	2014 10 24

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
OME	TORRES	NELLY	TATIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CL 34 68 83 SUR BRR ALQUERIA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
tati30ome@gmail.com		2701335	3012648651

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2018 09 26							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

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 [X] 60. No. de Folios: [ ][ ]0 61. Fecha: 2018 09 27

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre OME TORRES NELLY TATIANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

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

Fecha:27/09/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 1033792594	NELLY TATIANA OME TORRES

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 34 68 83 SUR BRR ALQUERIA Teléfonos: 3012648651

Dirección electrónica: tati30ome@gmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

Fecha de Inscripción: 27/09/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 26/09/2018

Fecha inicio de Actividades: 26/09/2018 Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

GOBIERNO DE COLOMBIA

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

NELLY TATIANA OME TORRES
C.C. 1.033.792.594
UNIVERSIDAD ECCI
Bogotá D.C.
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2018-04-13
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2018-05-16



15716

Creat-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

Nelly Tatiana Ome T.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Correo de Outlook

servicio social o | Nuevo | Eliminar | Archivar | Correo no deseado | Limpiar | Mover a | Categorías | ...

Resultados de l

En carpetas

Todas las carpetas

Bandeja de entrada

Elementos enviados

De

tatiana om
tatis_23_@l

JOHN RO
rondante@

MONICA F
magrayc@

LILIANA R
lrojasb@ec

Ministerio
sso@minsa

Opciones

Con datos adjuntos

Fecha

Todos

Esta semana

Última semana

Este mes

Seleccionar interv

Desde

lun 15/10/2018

Hasta

lun 15/10/2018

Resultado del segundo proceso de asignación de plazas servicio social obligatorio de 2(

Ministerio de Salud y Protección <sso@minsalud.gov.co>
mié 18/04, 1:38 p.m.
Usted, sso@minsalud.gov.co

Bandeja de entrada

Señor(a), OME TORRES NELLY TATIANA

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, agradece su p
asignación de plazas de servicio social obligatorio de 2018

De acuerdo al cronograma establecido, la asignación se realizó el 18 de abril de 2018, en las instalaciones del Ministerio de Sa
de Bogotá D.C., en el marco de las disposiciones legales y normativas vigentes. A continuación se presenta el resultado:

"Al profesional no le fue asignada una plaza de Servicio Social Obligatorio".

En consecuencia, se entiende que ha cumplido con las normas que regulan el Servicio Social Obligatorio y podrá tramitar su i
expedición de su tarjeta de identificación única, [...] dentro del tiempo comprendido entre el proceso al cual se inscribió y el s
(Resolución 2358 de 2014, art. 13), ante el (la) Organización Colegial de Enfermería.

La información de contacto del (de la) Organización Colegial de Enfermería es la siguiente:

Sitio web: www.oceinfo.org.co
Dirección de correspondencia: Carrera 28 No. 46-97 (Bogotá D.C.)
Teléfonos: (571) 4575358; (57) 3167598693; (57) 3219282407
Correo electrónico: registro@oceinfo.org.co

Es importante recordarle que para laboral en el territorio nacional es necesario realizar el proceso anteriormente descrito, si n
práctica ilegal de la profesión.

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Tel 3305000 Ext. 8009

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 * 1033792594

Primer Nombre * nelly

Primer Apellido * ome

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-10-07→5:35:39 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1033792594	NELLY	TATIANA	OME	TORRES	Ver

Información Detallada [CC: 1033792594] NELLY TATIANA OME TORRES

2018-10-07→5:35:39 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	ENFERMERIA	2018/5/16	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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 cont 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.). Reg Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HACE CONSTAR QUE:

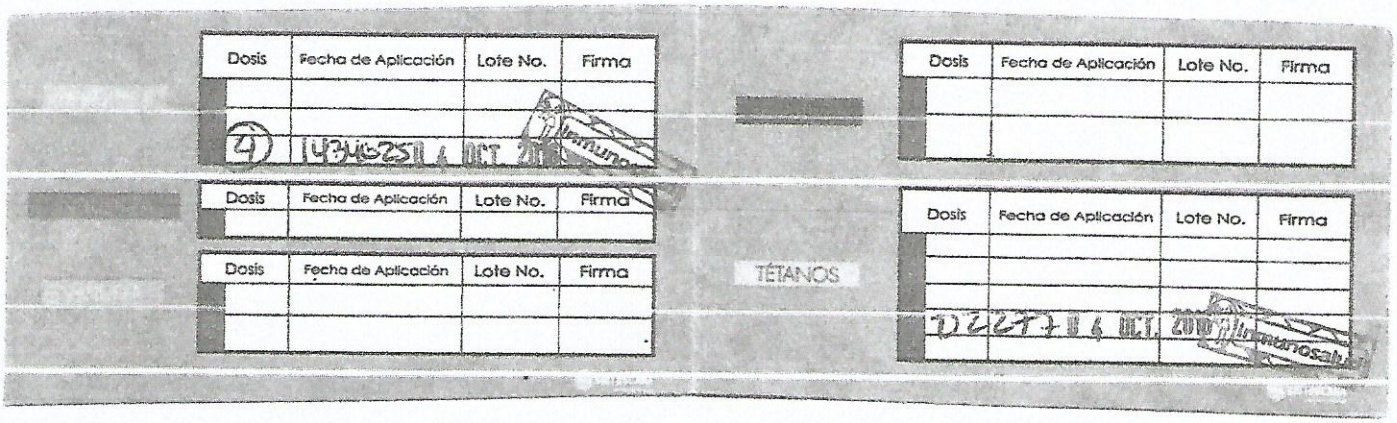
La enfermera **NELLY TATIANA OME TORRES** identificada con la cédula de extranjería número 1.033.792.594, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

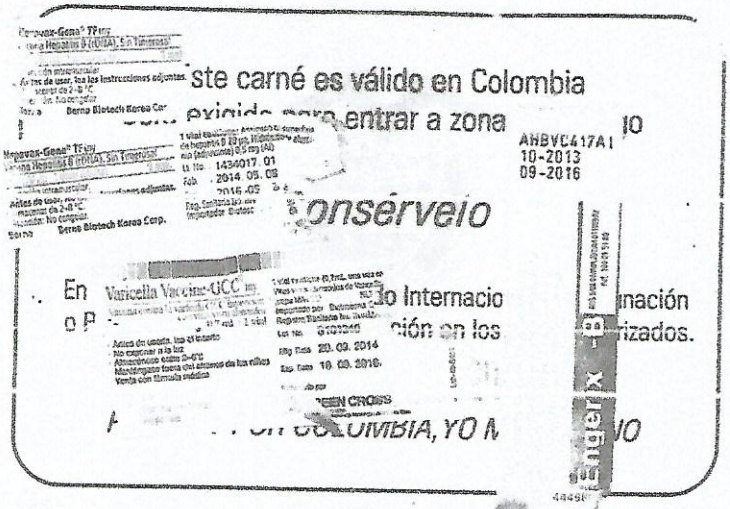
Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los ocho (8) días del mes de octubre del año dos mil dieciocho (2018).

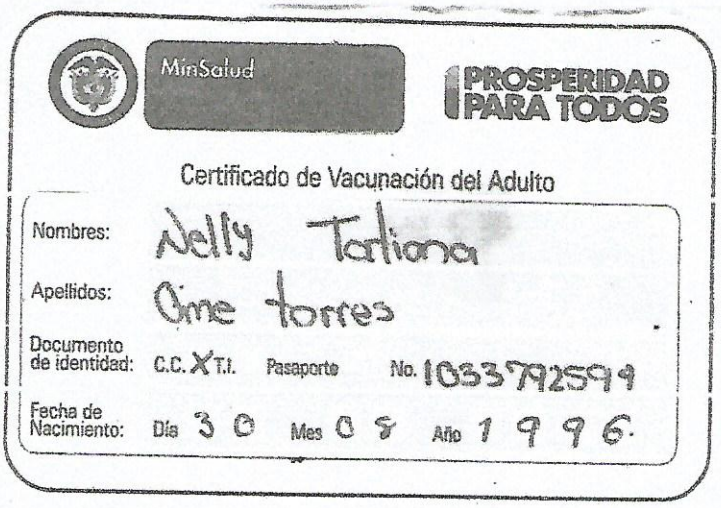
Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria









Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	07 NOV. 2014		
	2	02 DIC. 2014		
	3	02 AGO. 2015		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	07 NOV. 2014		
	2	09 FEB. 2015		
	3	02 AGO. 2015		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Cendiatra
Centro de diagnostico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres : NELLY TATIANA OME TORRES
Tipo de Documento : CC **Documento :** 1033792594
Sexo : F **Fecha Nacimiento :** 1996-08-30 **Edad :** 22 Años
Entidad : PARTICULAR..
Centro Costo : N/A
Cargo : JEFE DE ENFERMERIA
Fecha de Atención : 2018-10-05 12:35:00
Fecha y hora entrega de Resultados : 2018-10-05 12:44:20
Sede : SEDE CENTRO

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:
APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones o Limitaciones:

NO

Recomendaciones

Se sugiere control en programas de Vigilancia Epidemiológica

Examenes Realizados

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CS.
Hago constar que recibí copia de este documento.
ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): LEONARDO MATIZ CHAVARRO RM: 6645 03/06/2014

Leonardo Matiz Chavarro
MD Esp. Ocupacional
Salud Ocupacional
Reg. Sanitario 6645 de 2014

Leonardo Matiz Chavarro
CC 80 136 408

Firma y sello del médico evaluador

NELLY TATIANA OME TORRES
1033792594
Firma del trabajador evaluado

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NELLY TATIANA OME TORRES

Con Cedula de Ciudadania No. 1.033.792.594

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintitres (23) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018)

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

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

50328169 - 23/04/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001628045CC1033792594C.

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 :

NELLY TATIANA OME TORRES

c.c. 1.033.792.594

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

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

Dado en Bogotá D.C., a los 09 días del mes abril de 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
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

NELLY TATIANA OME TORRES

c.c. 1.033.792.594

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 13 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

David Londoño
Sub Dirección Académica

"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
www.capacitacionessos.net

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: 18-12-2018 | CIUDAD: Bogotá D.C. | DEPARTAMENTO:

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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:
Gmc	Torres	Nelly	Tatiana

TIPO DE IDENTIFICACION:				NO. IDENTIFICACION:	LUGAR EXPEDICION: (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION: (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C ☐	NUIP ☐	1033792594	Bogotá	2014-oct-24
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO: (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:
30-8-2018	Bogotá D.C	Colombia	Colombiana.

ESTADO CIVIL					PERSONAS A CARGO:	NUMERO DE HIJOS:	TELEFONO CELULAR:
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐				3012648651

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA:
Cll 34sur #68-83	Bogotá D.C	Bogotá D.C	Colombia	5533129.

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET:	TIPO DE VIVIENDA:		
tatis-23-@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 ☐		
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	CUAL:	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. ☐		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA:		IVA:		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐		SI ☐ NO ☒	8692	
		NO ☒	ICA:	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR:		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada Servicio de Salud

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ UD ☐ NIT: 900959051-7

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

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Kra 10 - 1 - 66 sur	3444484	Bogotá	Bogotá	Colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
Enfermera	Dic-19-18

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES*	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES:		EGRESOS MENSUALES:		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	700.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	400.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	400.000	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	400.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	400.000	TOTAL EGRESOS	1500.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar que viva con el Cliente o Contraparte Suministrante, ni Empleado Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gme	Torres	Nelly	Tatiana

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Cl 134 sur #68-83	Bogotá		3012648651

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta de Ahorros	055048840181804		

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTERIOR ☐ CUAL: ____

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Enfermera

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por 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) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES:

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, 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) 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 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, así como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-muil sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada, para la administracion de bases de

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

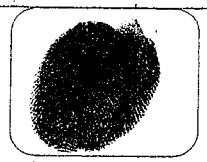
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

Tatiana Ome

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 Cedula:			

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 cedula:		

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

* 0 6 2 1 5 0 8 1 1 *

No. de Radicación

Fecha de Radicación 12 10 2018

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo	A. Cotizante	A. Dependiente	(a registrar por la E
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [X]	B. Cabeza de familia [X]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [X]	
	C. Institucional [ ]				
	D. De oficio [ ]				

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres				
Primer Apellido: Ome	Segundo Apellido: Torres	Primer Nombre: Nelly	Segundo Nombre: Tatiana	
7. Tipo de documento de identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de nacimiento**	
CC	1033792594	Femenino [X] Masculino [ ]	30 08 1990	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]				Col Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
781242	Dirección: Cll 34 # 68-83 sur			2701335	3012648651
Correo electrónico: tatis_23_@hotmail.com	Municipio / Distrito: Bogotá D.C	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento: Bogotá D.C	Teléfono fijo y/o celular

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	**21. Número del documento de identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Datos complementarios	
	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EP
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensione (a registrar por la EPS)
Nelly tatiana Ome Torres	CC	1033792594	

39. Ubicación					
Dirección: Cll 34 # 68-83 sur	Teléfono fijo y/o celular: 2701335	Correo electrónico: tatis-23@hotmail.com	Municipio / Distrito: Bogotá	Departamento: Bogotá	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	**Número del documento de identidad**	**Sexo**	**Fecha de nacimiento**	**42. Fecha novedad**
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 12 10 2018

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Tatiana Ome T.

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

Colpensiones

COLPENSIONES
2018_12964261
12/10/2018 09:53:12 AM
SUPERCADE BOSA
BOGOTA D.C - BOGOTA, D.C.
AFILIACIONES
IMAGENES:2
D201812964261CJD

BOGOTA, D.C., 12 de Octubre de 2018

2018_12964261-16905398

Señor (a):
NELLY TATIANA OME TORRES
CALLE 34 # 68-83 SUR
BOGOTA, D.C. - BOGOTA D.C

Referencia: Radicado No. 2018_12964261 del 12 de Octubre de 2018
Ciudadano: NELLY TATIANA OME TORRES
Identificación: C.C. 1033792594
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, ha sido aceptada.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1
Documento de identidad del ciudadano ampliado al 150%	1

Atentamente,

MARIA DEL PILAR HERNANDEZ BARCENAS,
Directora de Atención y Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital La Victoria

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1033792594 (Numero de Documento)	Seguros Bolivar (ARL)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Nelly	Tatiana	Ome	Tavres

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
30-08-1996	Bogotá D.C	Cll 34 sur # 68-83	5633129

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Famisanar	Colpensiones	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Enfermera	

Correo Electrónico	Celular
tatis-23@hotmail.com	3012648651

Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
Tatiana Ome	C.C.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACIÓN

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119364037

WEB
09:09:25

Bogotá DC, 18 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) NELLY TATIANA OME TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033792594:

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 REPUBLICA

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 martes 18 de diciembre de 2018, a las 09:11:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033792594
Código de Verificación	1033792594181218091105

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2620228

Bogotá D.C., 18 de Diciembre de 2018 - 9:13 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO**

1033792594

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_ZXSUI_129
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 09:16:23 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1033792594**
Apellidos y Nombres: **OME TORRES NELLY TATIANA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **15/10/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora NELLY TATIANA OME TORRES** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1033792594**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550488401818304**
Saldo a la fecha	**0.00 Pesos**
Fecha de apertura	**12/10/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA