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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-01
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA	DIC- 2018	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Leidy Tatiana Pulido		DOCUMENTO:		1022975683
TELEFONO	3213931176		ACTIVIDAD SOLICITADA:		

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 DE PERSONAL OPS				
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI	☐	N/A	☐

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	EXÁMEN 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: SALUD TOTAL	SI	☑		
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: PORVENIR	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	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	☑		

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:	
Vº/Bº Dirección Talento Humano		Fecha:	

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ
Nombre abreviado	LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ
Fecha de incorporación	17/11/2017 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1022975683
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	calle 78a sur ·8 d- 25
País	COLOMBIA
Ciudad	Distrito Capital de Bogotá
Municipio	
Código postal	51
Teléfono de oficina	3213931176
Fax de oficina	3213931176
Correo electrónico de la oficina	tatis1992sofia@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	tatis1992sofia@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

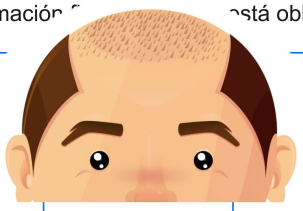
Título	Mrs
Nombre	LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ
Cargo	auxiliar de enfermeria
Teléfono	3213931176
Móvil	3213931176
Fax	
Correo electrónico	tatis1992sofia@gmail.com

JOTA

Información financiera (No diligencie la tabla de información f… …stá obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqu



Editar datos resumen | Editar datos completos

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia ▼)

018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.

Nombre

Nombre

Email

Email

Teléfono

Teléfono

CLICK ACÁ PARA INICIAR CHAT

JOTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PULIDO	RODRIGUEZ	LEIDY TATIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022975683

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES MAR AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 78 a sur no/ 1d 69 este

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7652954

EMAIL tatistatis1@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 2010
										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	3	X		AUXILIAR DE ENFERFERMERIA	7	2012	1022975683

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: 13-dic-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 CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 4 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: IMI	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 34 No, 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL LA VICTORIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7660666	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 11 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 3 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: INTERMEDIOS	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 39 No 3 20	

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	2	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	1

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

Última Actualización: 13-dic-2018

BOGOTÁ 14 Diciembre 2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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 INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1022975683 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle 78 a sur no/ 1d 69 este **Teléfonos** 3213931176 7652954

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EVELYN SOFIA HERNANDEZ PULIDO	1023015469	HIJO(A)
FLOR STELLA RODRIGUEZ	39647231	MADRE
GUILLERMO PULIDO WALTEROS	79666407	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 18.144.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 1.200.000,00
TOTAL	$ 19.344.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	004870380708	TUNAL	$ 0,00
BANCOLOMBIA	CORRIENTE	09492295887	ALTAVISTA	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	EKD959	$ 30.000.000,00
VEHICULO	RBD405	$ 30.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

CODENSA	CREDITO	$ 2.530.000,00
DAVIVIENDA	CREDITO	$ 23.750.000,00
BANCO DE BOGOTA	TARJETA DE CREDITO	$ 2.000.000,00

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

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

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
CARGUE Y RETIRO DE ESCOMBROS	PROPIETARIA DE LAS VOLQUETAS

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999,y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ

C.C. 1.022.975.683 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 14 Días del Mes de Julio de 2012
Anotado en el Folio 11662 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Almirante Padilla

Institución Educativa Distrital
Jornada Mañana

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Según Resolución No. 2522 del 27 de Agosto de 2002

Confiere a:

Leidy Tatiana Pulido Rodríguez

Identificada con C.C. 1,022,975,683 Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al nivel de Educación Media Académica (art. 28 Ley 115 de 1994),
Según los planes y programas vigentes

Libro de Registro No. 06 Anotado en el folio No. 20 De la Institución

Dado en Bogotá D.C. Diciembre 02 de 2010

COLEGIO ALMIRANTE PADILLA I.E.D. CONOCER - CONSTRUIR - AVANZAR

Wilson Orlando Suárez Parrado
Rector
C.C. 3.123.336 de Pandi (Cund.)

Estela María Florez Perez
Secretaria
C.C. 32.738.141 de B/quilla

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 027

ACTA INDIVIDUAL N° 11662

En Bogotá D.C. a los 14 días del Mes de Julio del año 2012,
L E I D Y T A T I A N A P U L I D O R O D R I G U E Z
Identificado(a) con Cedula De Ciudadanía Nº 1.022.975.683 De Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 11662 Del Libro 05 del Registro de FUSDESA.

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION FUSDESA

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO ALMIRANTE PADILLA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
JORNADA MAÑANA

Inscripción S.E. 3368

Inscripción Dane 11185001425
ICFES No. 045021

En la ciudad de Bogotá, D.C. A los 30 días del mes de Noviembre de 2010, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría del COLEGIO ALMIRANTE PADILLA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Preescolar, Básica y Media en las jornadas Mañana, Tarde, Noche y Fin de Semana. Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 2522 del 27 de Agosto de 2002.
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de

BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de Identificación se relacionan a continuación.

Pulido Rodríguez Leidy Tatiana

Identificada con C.C. 1,022,975,683 Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada al acta original general No. 01 del 02 de Diciembre de 2010 que consta de 85 Estudiantes que comienza con el nombre de AFANADOR TIBAQUIRA SANDRA PAOLA y cierra con el nombre de ZAPATA ROMERO ESTEBAN DARIO.

Firmada por:

WILSON ORLANDO SUÁREZ PARRADO (Rector),
ESTELA MARÍA FLOREZ PEREZ. (Secretaria)

DADA EN BOGOTÁ, D.C. DICIEMBRE 02 - 2010

Firmas:

Wilson Orlando Suárez Parrado
Rector
C.C. 3.123.336 de Pandi (Cund.)

Estela María Florez Perez
Secretaria
C.C. 32.758.141 de B/quilla

El Diploma y el Acta Individual de Grado están exentos del registro en la Secretaria de Educación, según decreto 021 del 06 de mayo de 1994, del Ministerio de Educacion Nacional

Libertad y Orden
MINISTERIO DE SALUD
Y DE LA
PROTECCION SOCIAL

SANATORIO DE AGUA DE DIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

BOG BOGOTA POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD

E.S.E.
Hospital
San Cristóbal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SANATORIO DE AGUA DE DIOS E.S.E.
SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL
E.S.E HOSPITAL SAN CRISTOBAL

CERTIFICAN QUE:

LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ
CC. No. 1.022'975.683

ASISTIÓ COMO PARTICIPANTE AL SEMINARIO Y TALLER DE LEPRA

Realizado en Agua de Dios - Cundinamarca, los días 15 y 16 de Noviembre de 2012
Con Una Intensidad de 20 Horas

Dra. Sandra Angélica Riveros Quintero
Coordinadora Laboratorio Clínico
Bacterióloga Especialista en Gerencia de Servicios de Salud

Agua de Dios, Noviembre 15 y 16 de 2012

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: ET-GT-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-11-25

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Leidy Tatiana Rubio Rodriguez 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 Laboral por competencias Auxiliar de Enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 1022975683

Tarjeta profesional No: 1022975683

Dirección de contacto: Cll 78 A Sur # 10-69

Teléfono: 3213931196

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.975.683**

PULIDO RODRIGUEZ

APELLIDOS

LEIDY TATIANA

NOMBRES

Leidy Tatiana Pulido R.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAR-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-MAR-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00241361-F-1022975683-20100615 0022238465A 1 34636041

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14427602556

(415)7707212489984(8020) 000001442760255 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 9 7 5 6 8 3	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 1 3	1 0 2 2 9 7 5 6 8 3	2 0 1 0 0 3 2 9

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PULIDO	RODRIGUEZ	LEIDY	TATIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 78 A SUR 1 D ESTE 69 AP 102 BRR LA ANDREA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
tatistatis1@hotmail.com		7 6 1 3 0 2 1	3 2 1 3 9 3 1 1 7 6

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
8 6 9 2	2 0 1 2 0 7 1 4						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 8 2 0

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 PULIDO RODRIGUEZ LEIDY TATIANA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 10-12-2014
Hora: 7:20:02 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1022975683-5 LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ

Información

Dirección	CL 78 A SUR 1 D 69 ESTE AP 102
Teléfonos	7613021/3213931176
Dirección electrónica	TATISTATIS1@HOTMAIL.COM
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	03/09/2012
Soporte Inscripción	14517222
Fecha Inicio Actividades	14/07/2012
Fecha Cese Actividades	
Fecha de Informe del Cese	
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

LEIDY TATIANA
PULIDO RODRIGUEZ
C.C. 1022975683

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 28/01/2013

Identificacion Plastica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 7406 *de* 24/07/2012

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación 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) PULIDO RODRIGUEZ LEIDY TATIANA Identificado(a) con CC número 1022975683 expedida en BOGOTA D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 14/07/2012.
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 PULIDO RODRIGUEZ LEIDY TATIANA identificado(a) con CC número 1022975683 expedida en BOGOTA D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 24/07/2012

IVÁN JAIRT GUARIN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios.
Reviso : Daniel Ortiz B.
Elaboro : Víctor Sánchez.

Bogotá, D.C 28 enero del 2013
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Leidy Tatiana Pulido
CC. # 1022975683
Firma

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

ISO 9001 icontec
NTCGP 1000 icontec

BOGOTÁ HUMANA

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 *

1022975683

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-14→12:55:49 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1022975683	LEIDY	TATIANA	PULIDO	RODRIGUEZ	Ver

Información Detallada [CC: 1022975683] LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ

2018-12-14→12:55:49 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012/7/24	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).

CARNET DE VACUNAS

Nombre	Sindy Tatiana pul
Direccion	
Teléfono	
H.C. CC	1022975-683
Entidad Vacunadora	

Punto de Vacunación Olaya
Cel. 301 545 01 35
Cra. 21 No. 22-76
Nit. 20.286.617-4

PUNTO DE VACUNACIÓN
OLAYA
NIT. 20286617- 4
Cra. 21 No. 22- 76 Cons. 204
Cel.: 301 545 0135 Bogotá, D.C.

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1a.	03 2/11	043104 2	
	2a.	29/04/11	043104 2	
	3a.	08-12/11	035290646	

VACUNACION COD. 110010437802 Blanca Rojas ENE

Refuerzo HB 18-63/12

043104 2

Punto de Vacunación Olaya
Cel. 301 545 01 35
Cra. 21 No. 22-76
Nit. 20.286.617-4

TETANOS DIFTERIA (Dif-Tet-All)	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1a.			

INFLUENZA GRIPE	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA VARICELA VACCINE GCVC	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1			

NEUMOCOCO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: KEIDY TATIANA

Apellidos: PUELLO RODRIGUEZ

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

Fecha de Nacimiento: Día. Mes. Año.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	03-11-11	CU21490C3 12/11	HRCO GABRIELA
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	LEITDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ		
Tipo de Documento:	CC **Documento**	1022975683	
Sexo F **F. Nacimiento:**	23/03/1992	**Edad:**	24 Años
Entidad:	PARTICULAR	**Cargo:**	AUX DE ENFERMERIA
Centro de Costo:	N/A		
Fecha y Hora entrega resultados:	10/10/2016 8.24 AM		

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

Realizado el Examen Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: MEDICINA GENERAL.
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA
OTRAS: REALIZAR ACTIVIDAD FISICA Y PAUSAS ACTIVAS. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

Requiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

R. BIOMECANICO
NUTRICIONAL
CARDIOVASCULAR
PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omision o falsedad sera causa justa de finalización de contrato. Artículo 62

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ RM: SO 25-5110/13 CADENA

Carlos Rodriguez
Dr. Carlos Rodriguez G.
Medico Cirujano
RM: 80250330 UNAL
ESP Gerencia Salud Ocupacional
Lic. S.O. 25 - 5110/13

Firma y sello del Médico Evaluador

LEITDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ
1022975683
C.C
Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50Edificio Barichara
Tel.:(+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel,:(+1) 458 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-09
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-62
Tels.:(+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels.:(+1) 4146397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-28
Tels.:805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-80
Tels.:(+1) 257 9325 – 256 2362

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0915

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussinas Center
Interior 141 – Oficina 408

CARTAGENA DE INDIAS
Calle 32 No. 9-45 La Matuna piso 7 Antiguo
Banco Del Estado Tel.:(+5) 660 0152 – 660 0807

ISO 9001:2008
BUREAU VERITAS
Certification
CO15 00035

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9956 – 382 7337

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Leidy Tatiana Pulido Rodriguez

C.C. 1.022.975.683 Bogotá.

ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DADO A LOS 06 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2018, CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C. VALIDO POR 2 AÑOS

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 2 FOLIO 0534

Sede administrativa Calle 8 A # 72A - 32 Barrio Castilla
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Leidy Tatiana Pulido Rodriguez

C.C 1.022.975.683 Bogotá

ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE

SOPORTE VITAL BÁSICO

BLS

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267

DADO A LOS 08 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2018,
CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD
SABERSALUD
APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 1 FOLIO 0559

Sede administrativa Calle 8 A # 72A - 32 Barrio Castilla
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639

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

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

VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-12-21

DO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2018-12-14	CIUDAD:	Bogotá D.C.	DEPARTAMENTO:	Bogotá D.C.

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
PULIDO	RODRIGUEZ	LEIDY	TATIANA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1022975683	Bogotá D.C.	2010-03-29
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1992-03-23	Bogotá D.C.	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	1	1	3213931176

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
calle 78 a sur no. 1d-69 este	Bogotá	Bogotá D.C.	Colombia	7652954

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
tatistatis1@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. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	8692	86921
		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
FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO:	ET-CA-FT- 011
VERSIÓN:	01
FECHA:	2016-12-21

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	900.959.051-7
GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒							
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐		
OTRA ☐	CUAL:								

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diagonal 34 #5-43	3444484	Bogotá	Bogotá D.C.	Colombia

CARGO ACTUAL	Auxiliar de enfermería	FECHA VINCULACION	2017-11-01

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		GASTOS FAMILIARES	$ 600.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 1.512.000	ARRIENDOS	$ 200.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 300.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 60.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	$ 1.200.000	OTROS EGRESOS*	$ 300.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 500.000
TOTAL INGRESOS	**$ 2.712.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 1.100.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 60.000.000**	TOTAL PASIVOS	**$ 800.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
ALQUILER DE VOLQUETAS			CUOTA PRESTAMO

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FORERO	MANRIQUE	WILDER	ANDRES
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 76B SUR NO 3 -25	Bogotá/ Bogotá/ Colombia	Amistad	3043655506

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta de Ahorros	4870380708	TUNAL	3383838

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:

IMPORTACIO ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERIENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxiliar de enfermería

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 requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se 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) 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, 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 especia 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 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 cas 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 : 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-mai 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 d 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 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 DATO 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:		

SaludTotal EPS S

Bogotá, Diciembre 13 de 2018

Señora:
PULIDO RODRIGUEZ LEIDY TATIANA
CC. 1022975683 CL 78 A SUR 1 D 69 ESTE AP 102 - 7613021
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 Septiembre 28 de 2012. 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
PULIDO RODRIGUEZ LEIDY TATIANA	1022975683	C	Sep-28-2012	212	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PULIDO RODRIGUEZ JOSE ALEJANDRO	1022991399	C	Nov-29-2006	22	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ene-18-2011	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
HERNANDEZ PULIDO EVELYN SOFIA	1023015469	R	Sep-3-2014	108	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PULIDO WALTEROS GUILLERMO	79666407	C	Jul-5-2006	22	0	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Ene-18-2011	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
PULIDO RODRIGUEZ ANDREA DEL ROSARIO	95032903399	T	Nov-29-2006	22	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ene-18-2011	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
LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ	1022975683	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ	1022975683	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,022,975,683**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1022975683	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Leidy	Tatiana	Pulido	Rodriguez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

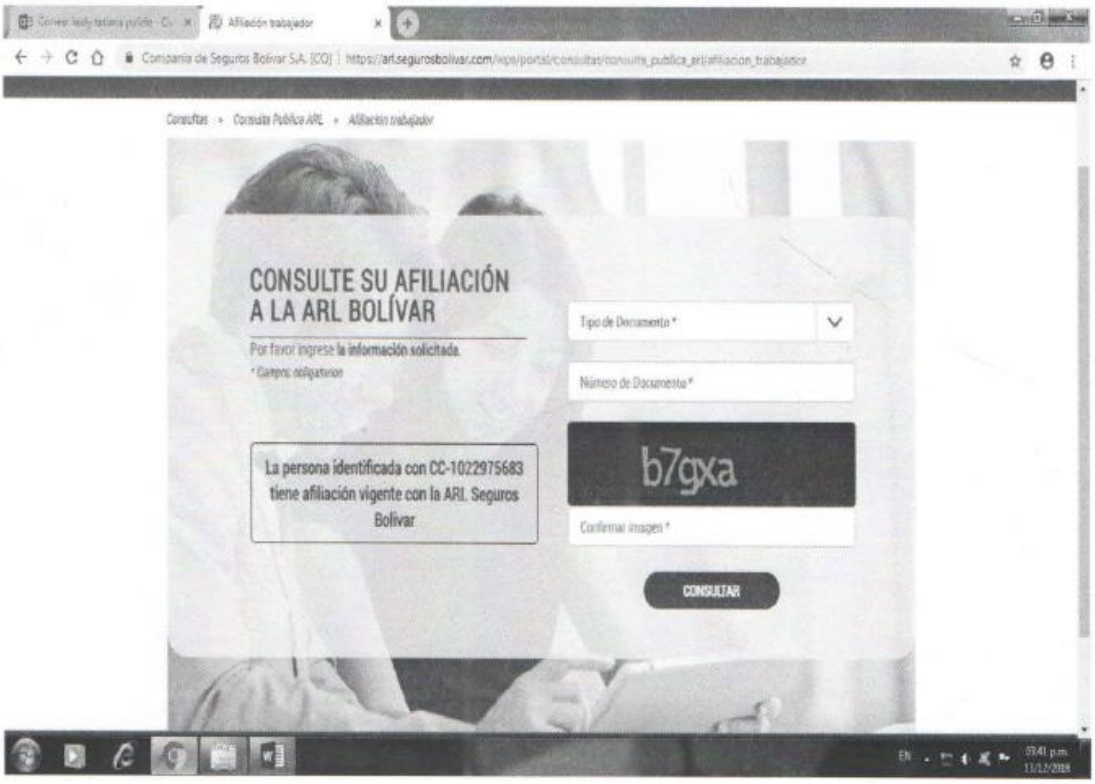
23-Marzo-1992	Bogota	Calle 78 a sur -8-d-25	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Salud total	Porvenir	$ 1'512.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de enfermeria	1 Enero 2016
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

tatis1992sofia@gmail.com	3213931176
Correo Electrónico	Celular

Tatiana Pulido Rodriguez	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.


Afiliación trabajador
Compañía de Seguros Bolívar S.A. [CO] | https://arl.segurosbolivar.com/wps/portal/consultas/consulta_publica_arl/afiliacion_trabajador
Consultas > Consulta Pública ARL > Afiliación trabajador
CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR
Por favor ingrese la información solicitada.
* Campos obligatorios
Tipo de Documento *
Número de Documento *
La persona identificada con CC-1022975683 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolívar
b7gxa
Confirmar imagen *
CONSULTAR
EN
03:41 p.m.
11/12/2018

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119184363

WEB
15:45:36

Bogotá DC, 13 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) LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022975683:

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 15:47:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022975683
Código de Verificación	1022975683181213154733

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. 2610330

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 15:51 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTIDOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES** de BOGOTÀ,D.C.

1022975683

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:08:23 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1022975683**

Apellidos y Nombres: **PULIDO RODRIGUEZ LEIDY 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.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **13/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LEIDY TATIANA PULIDO RODRIGUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022975683**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570004870380708**
Fecha de apertura	**09/11/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA