Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DELGADO VASQUEZ ARELY JOSEFINA** identificado(a) con **CC** número **52.821.117** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de febrero de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de diciembre de 2018.

Cordialmente,

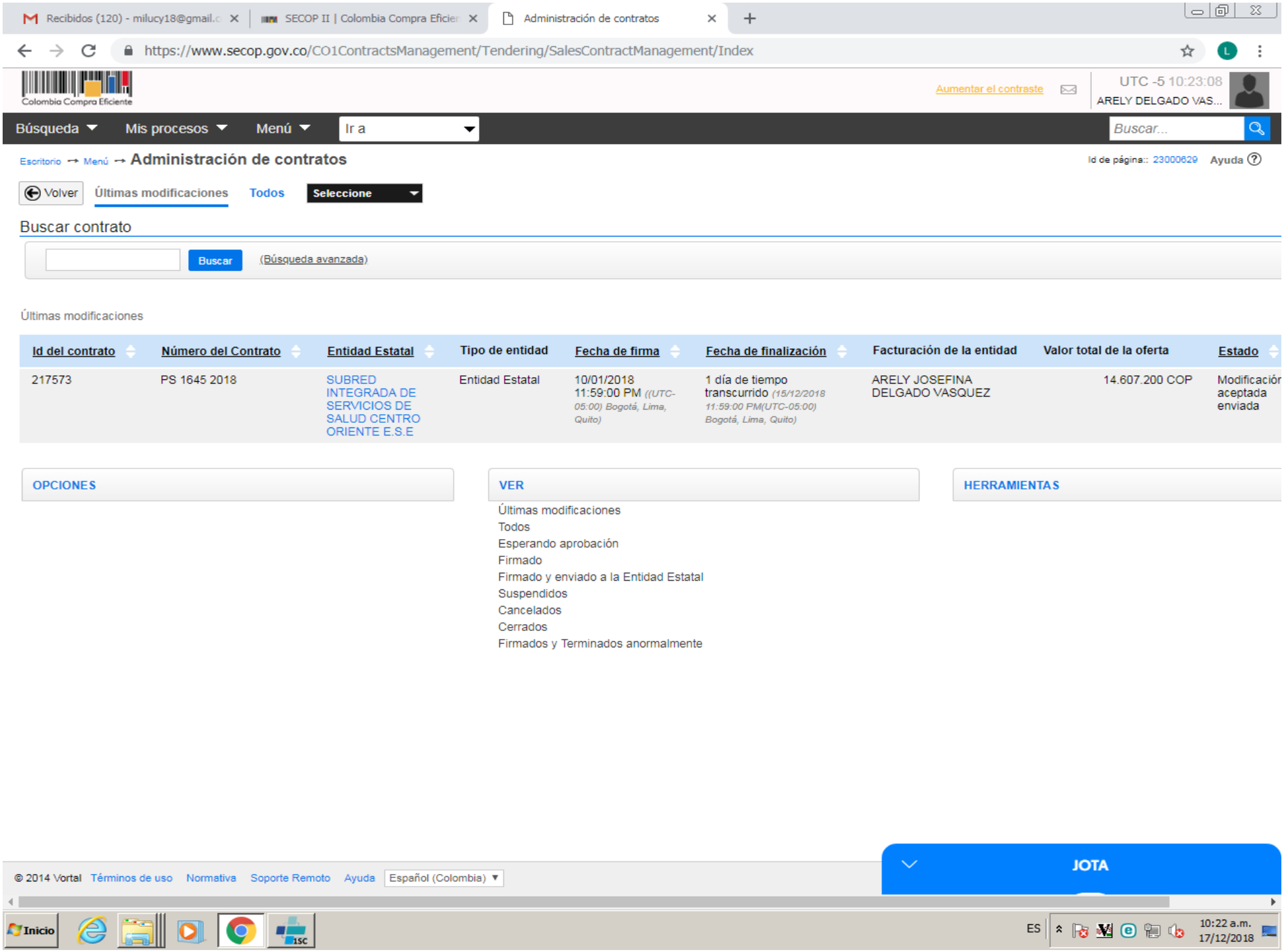
Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20181213130311


DAKOTA NIGHT FAMILY


Recibidos (120) - milucy18@gmail.c
SECOP II | Colombia Compra Eficien
Administración de contratos
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:23:08
ARELY DELGADO VAS...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Id de página:: 23000629
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
217573
PS 1645 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
10/01/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
1 día de tiempo transcurrido (15/12/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ
14.607.200 COP
Modificación aceptada enviada
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
Inicio
ES
10:22 a.m.
17/12/2018

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52821117-5 ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ

Información General

Dirección KR 16 A 22 51 AP 302 PI 3

Teléfonos 5613520 3208401101
Dirección electrónica jodelvas24@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/06/2014

Soporte Inscripción 16221328

Fecha Inicio Actividades 26/06/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8890-OTRAS ACTIVIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL SIN ALOJAMIENTO

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

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000634412

BBVA Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

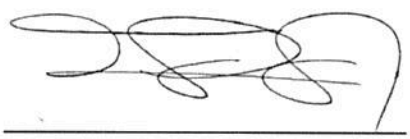
Que nuestro(a) cliente **ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 52.821.117** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 042400077** aperturada el **31 de julio de 2014**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **13** días del mes de **diciembre** del año **2018**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0042400077**
Cuenta de 16 dígitos: **0042000200400077**
Cuenta de 20 dígitos: **00130042000200400077**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

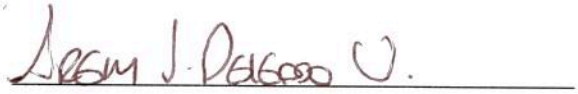
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ 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 EN ASISTENCIA EN ADMINISTRACION DOCUMENTAL

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 52.821.117 de Bogotá

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: CL 48P BIS C SUR 3 14

Teléfono: 3208401101

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Arelys Josefina
Apellidos:	DELGADO Vasquez.
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 52821117.
Fecha de Nacimiento:	Día 24 Mes 11 Año 1982

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	01-09-15	013N4020A.	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	23/02/2005		H.CO
	2	28/03/2005		HCO
	3	01/09/2015		
	4	26-04-17	AC38177AC	
	5			
Contra Hepatitis B	1	01-09-15		
	2	17-11-17	0341500 5A 4/18	Red contro O
	3	05-01-18	0341500 5A 4/18	SRCO
	R	23/01/19	032Y701 9CE 20	SRCO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
DPT A	Unica	26/04/17	AC3B17AC	Dicno U
SYR	Unica	27-12-18	0128W13002	Hardis Ho



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.821.117
DELGADO VASQUEZ
APELLIDOS
ARELY JOSEFINA
NOMBRES

Arely J. Delgado V.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1982
AYAPEL
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
28-DIC-2000 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00407437-F-0052821117-20121025 0031487973A 1 1232031955

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ

C.C.: 52821117

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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 14365514769

(415)7707212489984(8020) 000001436551476 9

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

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
DELGADO	VASQUEZ	ARELY	JOSEFINA

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
CR 16 A 22 51 P 3

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jodelvas24@hotmail.com		3 2 0 8 4 0 1 1 0 1	

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 3 0 8

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 DELGADO VASQUEZ ARELY JOSEFINA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-07-2016 08:55:00AM

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – ecografiascolorcontreras@hotmail.com
Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: Sub Red Centro Oriente				
Fecha examen: Nov. 24/2016	Cargo: Informadora en Salud			
Tipo de examen	Ingreso Si	Periódico —	Retiro —	Trabajo en alturas —

Trabajador

Apellidos: Delgado Vásquez	Nombres: Arely Josefina		
ID: 52.821.016	Tel: 320-840 1101	Sexo F	Edad 34
Profesión: Tecnico en Gestión Documental		Diestro Si	Zurdo —
Dirección Cra 16A # 22-51 (Santa Fe)		Ciudad: Bogotá	

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional Si	Audiometria —	Optometria —
Radiografía —	Electrocardiograma —	Espirometria —
Glicemia —	Colesterol, —	Triglicéridos —
Otros —		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo Si	Apto con restricciones que no limitan su labor —
Apto con restricciones: —	Aplazado por restricciones —
Puede continuar su labor —	Puede continuar con reubicación laboral —
Examen de retiro satisfactorio. —	Examen de retiro con patologia —
Apto para trabajo en alturas. —	No apto —

Restricciones médicas ocupacionales: No

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal Si	Valoración por:
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Reubicación laboral temporal. —
Realización de pruebas complementarias —	Rehabilitación ocupacional. —
Otras —	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clinica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U NAL
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O Nº 15006/2015 S.D.S.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

Arely J. Delgado V. c.c 52.821.117

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.
TRABAJADOR EXAMINADO.

v 4- 2.016

SaludTotal EPS S

Bogotá, Diciembre 13 de 2018

Señora:
DELGADO VASQUEZ ARELY JOSEFINA
CC. 52821117 CR 16A N 22 51 - 4568529
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 30 de 2014. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacid
AMADOR DELGADO ANA MARIA	1007228324	C	Sep-30-2014	217	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
AMADOR DELGADO RICHARD ANDRES	1027401383	T	Sep-30-2014	217	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
DELGADO VASQUEZ ARELY JOSEFINA	52821117	C	Sep-30-2014	221	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
AMADOR CHARRIS RICHARD ANTONIO	72212547	C	Sep-30-2014	221	0	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ	52821117	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ	52821117	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119178539

WEB
14:35:59

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) ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52821117:

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 14:46:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52821117
Código de Verificación	528211171812131446 32

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. 2610033

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 14:52 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) **ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO DIECISIETE** de BOGOTÁ, D.C.

52821117

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_AGYNZ_5214
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 15:18:29 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52821117**
Apellidos y Nombres: **DELGADO VASQUEZ ARELY JOSEFINA**

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.

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 911
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

ARL | sura

Medellín, 13 de diciembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52821117 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 18/02/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C528211171834747130

Atentamente,

[redacted]

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/12/2018 1.05 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 186.154.209.130, 172.16.42.236

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52.821.117	SURA
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Arely	Josefina	Delgado	Vasquez

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
24/11/1982	Ayapel / Cordoba	Cl 48P BIS C Sur 3-14	5613520

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Salud Total EPS-S	Protección	$1250.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar Area de la Salud (Estadistica)	

Correo Electrónico	Celular
adelgado.gdocumental.hco@gmail.com	3208401101

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
Arely J. Delgado O.	C.C.

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:	DICIEMBRE 17 2018	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
DELGADO	VASQUEZ	ARELY	JOSEFINA		

52821117	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	52821117	BOGOTA	12/28/2000

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

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1982-11-24	AYAPEL/CORDOBA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	3	2	3208401101

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 48P BIS C SUR No 3-14	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	3208401101

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
adelgado,gdocumental.hco@gmail.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..... ☐	

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI [ ] NO [X]	IVA	SI [ ]	NO [X]	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8890
			ICA	SI [ ]	NO [X]	PRINCIPAL: [X] SECUNDARIA: [ ]

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SUBREED INTEGRADA SERVICIOS SALUD CENTRO ORIENTE ESE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	VICIOS [ ]	LUD [ ]	# NIT	900.959.051-7

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] INANCIERA TRANSPORTE [ ] [ ] NOLOGIA [ ] LIMENTOS [ ] DICAMENTOS [ ]

OTRA [ ] CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 No 5-43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	TECNICO AUXILIAR AREA DE LA SALUD	FECHA VINCULACION	29/18/2014

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	$ 730.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 1.250.000	ARRIENDOS	$ 490.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 1.250.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.220.000**	**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 ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SANCHEZ	PERTUZ	DELVIDEZ	ALBA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CUIDAD MONTES	BOGOTA	AMIGO	3043484603

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	CUENTA DE AHORROS	42400077	AV JIMENEZ	3349063

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

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORT [ ]ON EXPORTA[ ] TRANSFERENCIA[ ] PRESTAMOS[ ] PAGO SERVICIOS[ ]TRA [ ]

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.):

TECNICO AUXILIAR DE LA SALUD

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) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

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

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

JAIRO J. DELGADO O.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Acta de Grado

Institución Educativa Distrital
"Panamericano"
Carrera 27 No. 25-85 - 2440088
Jornada Nocturna

Inscripción S.E. : 6981
Dane: 111001308S6

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 14 días del mes de Febrero de 2003 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria de la Rectoría de la Institución Educativa Distrital "Panamericano", Institución aprobada, en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resoluciones No. 7457 del 13 de Noviembre de 1998 , 3479 de 3 de Noviembre de 1999 y No. 2581 del 28 de Agosto de 2002 mediante la cual se unifica la administración.

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 Académico al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Arely Josefina Delgado Vásquez
C.C. No. 52.821.117 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No 028 de fecha 14 de Febrero de 2003 que consta de 38 alumnos graduados, comienza con el nombre de Acosta Cardozo José Javier y se cierra con el nombre de Toquica Hoyos José Antonio.

Firmada por Edilberto Castellanos López (Rector) e Irene Rodríguez C. (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 14 días del mes de Febrero de 2003

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981. No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994

Rector

Secretaria

REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 416965 - 2011/03/11

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ, Con Cédula de Ciudadanía No. 52.821.117

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN ASISTENCIA EN ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá, a los once (11) días del mes de marzo de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

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 94040022021CC52821117A.

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ

C.C.: 52821117

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Institución Educativa Distrital "Panamericano"

Jornada Nocturna

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., según Resoluciones No. 7457 del 13 de Noviembre de 1998, No. 3479 del 3 de Noviembre de 1999 y No. 2581 del 28 de Agosto de 2002

Confiere a:

Arely Josefina Delgado Vásquez

C.C. No. 52.821.117 de 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 [illegible] Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997, M.E.N.), según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

Jesús Rodríguez C.

Diploma de grado No. 47 [illegible] No. 42

[illegible]

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.821.117

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

ASISTENCIA EN ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá, a los once (11) días del mes de marzo de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

416965 - 2011/03/11
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 94040022021CC52821117C.

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52821117 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CL 48P BIS C SUR 3 14 **Teléfonos** 3208401101 5613520

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANA MARIA AMADOR DELGADO	1007228324	HIJO(A)
RICHARD ANDRES AMADOR DELGADO	1027401383	HIJO(A)
MARIA CRISTINA VASQUEZ ORTEGA	25808772	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 14.400.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 14.400.000,00

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
BBVA	AHORROS	042400077	AV.JIMENEZ	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Sergy J. Ordoñez U. C.C. 52.821.117 de Bogotá

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
DELGADO	VASQUEZ	ARELY JOSEFINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52821117

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES NOV AÑO 1982

PAÍS Colombia

DEPTO Córdoba

CIUDAD Ayapel

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 48P BIS C SUR 3 14

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5613520

EMAIL adelgado.gdocumental.hco@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 ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES FEBRERO AÑO 2003
										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	2	X		TECNICO EN ASISTENCIA EN ADMINISTRACION DOCUMENTAL	3	2011	

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: 17-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 1 MES 9 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO EN AUXILIAR AREA DE LA	USS CRUCES	DIAGONAL 34 No 5-43

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444 484	DIA 29 MES 8 AÑO 2014	DIA 31 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO EN AUXILIAR AREA DE LA	USS LAS CRUCES	CL 1C 5A 30

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	4	3
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

Bogota, 13 de Diciembre de 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Jeremy J. Delgado U. c.c 52.821.117. de Bogotá

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ,** identificada con CC. N° 52.821.117, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relación a continuación.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR C/TO
UU17/2014	29/08/2014	31/01/2015	$ 5.700.000
UU7/2015	01/02/2015	17/03/2016	$ 13.299.999
AS2016-53/2016	18/03/2016	09/01/2017	$ 9.710.405
PS-0238-2017	10/01/2017	31/10/2017	$ 11.831.150

OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE TECNICO EN AUXILIAR AREA DE LA SALUD PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Recibir, codificar, y archivar diariamente las historias clínicas de pacientes siguiendo los procedimientos establecidos por la normatividad vigente, y notificar las inconsistencias que se presenten al Jefe Inmediato 2. Digitar oportunamente todos los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) generados en las consultas 3. Recolectar los informes diarios y mensuales de las diferentes áreas del Centro de Salud 4. Apoyar la consolidación mensual de estadísticas y suministrar oportunamente la información requerida por la Subred 5. Elaborar informes estadísticos correspondientes a la atención de pacientes (cantidad de pacientes atendidos por unidad de tiempo) 6. Aplicar los procesos y procedimientos relacionados a sus actividades contractuales y cumplir con las evaluaciones relacionadas 7. Realizar el Cierre y bloqueo de agendas de las Sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E 8. Consolidación del SIVIGILA institucional 9. Entregar oportunamente reporte de actividades al área de estadística de la Oficina Asesora de Planeación 10. Realizar actividades de seguimiento, Validación y reporte de información de la producción de los archivos asistenciales

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 23 de octubre de 2017

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 288 05 19 o dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo

Diagonal 34 N° 5-43
Código postal: 110311
Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Oficina Nacional

Popayán (Cauca)
Cra 4 # 18N - 46
Teléfono: 8312000

Sedes

Armenia (Quindío):
Av. Bolívar 12N - 29
Teléfonos: (096) 7469382
7469384 - 7369753

Bogotá (Cundinamarca):
Cra 7 # 35 - 23 Teusaquillo
Teléfonos: (091) 2853779
7461217

Bucaramanga (Santander):
Cll 37 # 23 - 66
Teléfonos: (097) 6453419
6452187 - 316 5254221

Cali (Valle):
Cll 5 # 38 - 25 Edificio Plaza San Fernando
Teléfono: (092) 5581004
5581053 - 317 4397135
Cra 39N # 55A - 39
Sede Nueva

Florencia (Caquetá):
Cra 8B # 6 - 53
Barrio Las Avenidas
Teléfonos: (098) 4341819
4341825 - 4346726
316 5254312

Ibagué (Tolima):
Cra 4D # 35 - 25
Barrio Cádiz Teléfonos: (098)
82700408 - 2704573
2658909 - 316 5254292

Manizales (Caldas):
Cra 24 # 62 - 85
Barrio Belén Teléfonos:
(096) 8903903 - 8855994
8855982

Neiva (Huila):
Cll 14 # 8B - 26
Teléfonos: (098) 8715321
8719239 - 8720261

Pasto (Nariño):
Cra 24 # 14 - 85 Centro
Teléfonos: (092) 7290133
7296027 - 3165254244

Pereira (Risaralda):
Cra 9 # 19 - 11
Teléfonos: (096) 3257863
3257864 - 315 4117652

Popayán (Cauca):
Cra 4 # 18N - 46
Teléfono: (092) 8331500

Valledupar (Cesar):
Cll 17 # 15 - 20
Barrio Guatapurí
Teléfonos: (095) 5602010
5601981 - 316 5254335
318 7349392

ASMET SALUD EPS

...cuida la salud de mi familia !

MARTHA LUCIA CAMPO ORDOÑEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 25.292.575 de Popayán (Cauca) quien obra en calidad de Coordinador Servicios al Personal **"ASMET SALUD" ESS-EPS** con NIT 817.000.248-3, con personería jurídica No. 3393 del 23 de Noviembre de 1.995, expedida por el DANCOOP (hoy Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias)

HACE CONSTAR QUE:

ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ, identificada con la cédula de ciudadanía N° 52.821.117 de Bogotá d.c. (Bogotá), tuvo contrato de aprendizaje con ASMET SALUD ESS-EPS, desde el día 26 de febrero de 2010, hasta el día 25 de agosto de 2010, **EN LA ESPECIALIDAD DE TECNICO ASISTENCIA ADMINISTRACION DOCUMENTAL DE LA SEDE BOGOTA.**

Para constancia se firma en Popayán, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de 2016.

MARTHA LUCIA CAMPO ORDOÑEZ
Coordinador Servicios al Personal

Proyecto: Briyit Meneses.

Personas autorizadas para confirmar estos datos:
Auxiliar Talento Humano Tel 8312000 ext. 1127
Técnico Servicios al Personal Tel 8312000 ext. 1115
Coordinador de Servicios al Personal Tel 8312000 ext. 1110

VIGILADO Supersalud

SERVICIO DE ATENCION GRATUITO 018000913876

www.asmetsalud.org.co

Oficina Nacional

Popayán (Cauca)
Cra 4 # 18N - 46
Teléfono: 8312000

Sedes

Armenia (Quindío):
Av. Bolivar 12N - 29
Teléfonos: (096) 7469382
7469384 - 7369753

Bogotá (Cundinamarca):
Cra 7 # 35 - 23 Teusaquillo
Teléfonos: (091) 2853553
2853779

Bucaramanga (Santander):
Cll 37 # 23 - 66
Teléfonos: (097) 6453419
6452187

Cali (Valle):
Cll 5 # 38 - 25 Edificio Plaza
San Fernando
Teléfono: (092) 5581004

Florencia (Caqueté):
Cra 88 # 6 - 53
Barrio Las Avenidas
Teléfonos: (098) 4341819
4341835 - 4346726
4341830 - Planta telefónica
3165254312

Ibagué (Tolima):
Cra 4D # 35 - 25
Barrio Cádiz Teléfonos: (098)
82667300 - 82648281
82700408

Manizales (Caldas):
Cll 58 # 23 - 52
Barrio Belén Teléfonos:
(096) 8903903 - 8855994

Neiva (Huila):
Cll 14 # 88 - 26
Teléfonos: (098) 8715321 -
8719239 - 8720261 -
8718335

Pasto (Nariño):
Cra 24 # 14 - 85 Centro
Teléfonos: (092) 7290133 -
7296027 - 7227203

Pereira (Risaralda):
Cra 9 # 19 - 11
Teléfonos: (096) 3257863

Popayán (Cauca):
Cra 4 # 18N - 46
Teléfono: (092) 8238013

Valledupar (Cesar):
Cll 17 # 15 - 20
Barrio Guatapuri
Teléfonos: (095) 5602010 -
5601981

Vigilado Supersalud

ASMET SALUD EPS

...cuida la salud de mi familia!

MARTHA LUCIA CAMPO ORDOÑEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 25.292.575 de Popayán (Cauca) quien obra en calidad de Coordinador Servicios al Personal **"ASMET SALUD" ESS-EPS** con NIT 817.000.248-3, con personería jurídica No. 3393 del 23 de Noviembre de 1.995, expedida por el DANCOOP (hoy Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Sociales)

HACE CONSTAR QUE:

ARELY JOSEFINA DELGADO VASQUEZ, identificada con la cédula de ciudadanía N° 52.821.117 de Bogotá D.C. (Bogotá), tuvo contrato laboral a término fijo con ASMET SALUD ESS-EPS, desde el día 11 de marzo de 2011, hasta el día 18 de abril de 2011, desempeñando el cargo de **TECNICO I AUDITORIA CUENTAS MEDICAS DEPARTAMENTAL DE LA SEDE DEPARTAMENTAL VICHADA**.

Las responsabilidades del cargo fueron:

- ✓ Validad y Radicar los RIPS presentados por las IPS.
- ✓ Recibir, radicar y validar las facturas de los prestadores de servicios de salud y garantizar que cumplan con los requisitos de ley y que cuenten con los soportes completos.
- ✓ Hacer la revisión administrativa de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud.
- ✓ Utilizar las herramientas tecnológicas disponibles para la auditoría de cuentas médicas.
- ✓ Realizar en conjunto con el Líder de proceso y los profesionales ACM la prefactura de la facturación de alto costo en la IPS o sobre la copia de historia clínica completa.
- ✓ Gestionar durante el mismo mes la consecución de las facturas por concepto de legalización de anticipos de salud autorizados por el proceso ARC.
- ✓ Hacer la revisión de las facturas por concepto de anticipos de salud autorizados por ARC.
- ✓ Hace revisión de la información reportada por el proceso de Auditoria Clínica y gestionar las respectivas glosas.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de los requisitos contractuales en términos de derechos de la población atendida, concordancia entre servicios contratados

SERVICIO DE ATENCION GRATUITO
018000913876

www.asmetsalud.org.co

Oficina Nacional

Popayán (Cauca)
Cra 4 # 18N - 46
Teléfono: 8312000

Sedes

Armenia (Quindío):
Av. Bolívar 12N - 29
Teléfonos: (096) 7469382
7469384 - 7369753

Bogotá (Cundinamarca):
Cra 7 # 35 - 23 Teusaquillo
Teléfonos: (091) 2853553
2853779

Bucaramanga (Santander):
Cll 37 # 23 - 66
Teléfonos: (097) 6453419
6452187

Cali (Valle):
Cll 5 # 38 - 25 Edificio Plaza
San Fernando
Teléfono: (092) 5581004

Florencia (Caquetá):
Cra 88 # 6 - 53
Barrio Las Avenidas
Teléfonos: (098) 4341819
4341835 - 4346726
4341830 - Planta telefónica
3165254312

Ibagué (Tolima):
Cra 4D # 35 - 25
Barrio Cádiz Teléfonos: (098)
82667300 - 82648281
82700408

Manizales (Caldas):
Cll 58 # 23 - 52
Barrio Belén Teléfonos:
(096) 8903903 - 8855994

Neiva (Huila):
Cll 14 # 8B - 26
Teléfonos: (098) 8715321 -
8719239 - 8720261 -
8718335

Pasto (Nariño):
Cra 24 # 14 - 85 Centro
Teléfonos: (092) 7290133 -
7296027 - 7227203

Pereira (Risaralda):
Cra 9 # 19 - 11
Teléfonos: (096) 3257863

Popayán (Cauca):
Cra 4 # 18N - 46
Teléfono: (092) 8238013

Valledupar (Cesar):
Cll 17 # 15 - 20
Barrio Guatapurí
Teléfonos: (095) 5602010 -
5601981

y facturados, cobro de copagos y cumplimiento de normas de contratación.

- ✓ Revisar el cumplimiento de las actividades contratadas dentro de los paquetes y llevar los respectivos registros.
- ✓ Identificar los descuentos a realizar a los prestadores de servicios de salud y llevar los respectivos registros e informar sobre los mismos a los prestadores de manera oportuna anexando los respectivos soportes.
- ✓ Hacer la revisión de cuentas medicas de baja, mediana, alta complejidad y alto costo de acuerdo al respectivo procedimiento y solicitar el apoyo de los profesionales del proceso cuando lo requiera.
- ✓ Radicar, validar, revisar y gestionar todo lo correspondiente a la autorización de cuentas de P y P.
- ✓ Identificar e informar al profesional los motivos de glosa más frecuentes en P y P y apoyar la conciliación.
- ✓ Identificar las glosas y gestionar el envío oportuno de información a los prestadores con relación al estado de las mismas.
- ✓ Diligenciar de manera completa y oportuna el registro de trazabilidad de facturas, para control de gestión de glosas (glosa, conciliación, descuento, devolución y otros), información a prestadores y autorización de pagos. Colaborar con la identificación de cuentas críticas.
- ✓ Elabora los formatos de autorización de pagos a prestadores de servicios de salud.
- ✓ Identificar las facturas de atenciones a pacientes de otros departamentos y enviar oportunamente las que estos requieran para efectos de descuentos y recobros.
- ✓ Entregar en forma organizada, completa y oportuna los formatos requeridos para liquidación de contratos, glosas a la facturación y autorizaciones de pago con sus respectivos soportes a GF.
- ✓ Entregar en forma organizada, completa y oportuna las facturas correspondientes a atenciones de alto costo a GF.
- ✓ Informar mensualmente al Líder de proceso las anomalías detectadas en la auditoría de cuentas relacionadas con PSS, ARC, AC, GCAD.
- ✓ Realizar los registros de las oportunidades de defecto encontradas en los CPC en que los Técnicos I se encuentren involucrados. (calidad de plan de egreso de paciente hospitalizado).

Anterior a este contrato tuvo las siguientes contrataciones laborales:

- Desde el día 12 de enero de 2011, hasta el día 06 de febrero de 2011, desempeñando el cargo **TECNICO I AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS DEPARTAMENTAL** de la sede **VICHADA.**

Las responsabilidades del cargo fueron:

VIGILADO Supersalud

SERVICIO DE ATENCION GRATUITO
018000913876

www.asmetsalud.org.co

Oficina Nacional

Popayán (Cauca)
Cra 4 # 18N - 46
Teléfono: 8312000

Sedes

Armenia (Quindío):
Av. Bolívar 12N - 29
Teléfonos: (096) 7469382
7469384 - 7369753

Bogotá (Cundinamarca):
Cra 7 # 35 - 23 Teusaquillo
Teléfonos: (091) 2853553
2853779

Bucaramanga (Santander):
Cll 37 # 23 - 66
Teléfonos: (097) 6453419
6452187

Cali (Valle):
Cll 5 # 38 - 25 Edificio Plaza
San Fernando
Teléfono: (092) 5581004

Florencia (Caquetá):
Cra 88 # 6 - 53
Barrio Las Avenidas
Teléfonos: (098) 4341819
4341835 - 4346726
4341830 - Planta telefónica
3165254312

Ibagué (Tolima):
Cra 4D # 35 - 25
Barrio Cádiz Teléfonos: (098)
82667300 - 82648281
82700408

Manizales (Caldas):
Cll 58 # 23 - 52
Barrio Belén Teléfonos:
(096) 8903903 - 8855994

Neiva (Huila):
Cll 14 # 8B - 26
Teléfonos: (098) 8715321 -
8719239 - 8720261 -
8718335

Pasto (Nariño):
Cra 24 # 14 - 85 Centro
Teléfonos: (092) 7290133 -
7296027 - 7227203

Pereira (Risaralda):
Cra 9 # 19 - 11
Teléfonos: (096) 3257863

Popayán (Cauca):
Cra 4 # 18N - 46
Teléfono: (092) 8238013

Valledupar (Cesar):
Cll 17 # 15 - 20
Barrio Guatapurí
Teléfonos: (095) 5602010 -
5601981

Vigilado Supersalud

- ✓ Validad y Radicar los RIPS presentados por las IPS.
- ✓ Recibir, radicar y validar las facturas de los prestadores de servicios de salud y garantizar que cumplan con los requisitos de ley y que cuenten con los soportes completos.
- ✓ Hacer la revisión administrativa de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud.
- ✓ Utilizar las herramientas tecnológicas disponibles para la auditoría de cuentas médicas .
- ✓ Realizar en conjunto con el Líder de proceso y los profesionales ACM la prefactura de la facturación de alto costo en la IPS o sobre la copia de historia clínica completa.
- ✓ Gestionar durante el mismo mes la consecución de las facturas por concepto de legalización de anticipos de salud autorizados por el proceso ARC.
- ✓ Hacer la revisión de las facturas por concepto de anticipos de salud autorizados por ARC.
- ✓ Hace revisión de la información reportada por el proceso de Auditoria Clínica y gestionar las respectivas glosas.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de los requisitos contractuales en términos de derechos de la población atendida, concordancia entre servicios contratados y facturados, cobro de copagos y cumplimiento de normas de contratación.
- ✓ Revisar el cumplimiento de las actividades contratadas dentro de los paquetes y llevar los respectivos registros.
- ✓ Identificar los descuentos a realizar a los prestadores de servicios de salud y llevar los respectivos registros e informar sobre los mismos a los prestadores de manera oportuna anexando los respectivos soportes.
- ✓ Hacer la revisión de cuentas medicas de baja, mediana, alta complejidad y alto costo de acuerdo al respectivo procedimiento y solicitar el apoyo de los profesionales del proceso cuando lo requiera.
- ✓ Radicar, validar, revisar y gestionar todo lo correspondiente a la autorización de cuentas de P y P.
- ✓ Identificar e informar al profesional los motivos de glosa más frecuentes en P y P y apoyar la conciliación.
- ✓ Identificar las glosas y gestionar el envío oportuno de información a los prestadores con relación al estado de las mismas.
- ✓ Diligenciar de manera completa y oportuna el registro de trazabilidad de facturas, para control de gestión de glosas (glosa, conciliación, descuento, devolución y otros), información a prestadores y autorización de pagos. Colaborar con la identificación de cuentas críticas.
- ✓ Elabora los formatos de autorización de pagos a prestadores de servicios de salud.

Certificado Laboral 10081 – Arely Josefina Delgado Vásquez

Oficina Nacional

Popayán (Cauca)
Cra 4 # 18N - 46
Teléfono: 8312000

Sedes

Armenia (Quindío):
Av. Bolivar 12N - 29
Teléfonos: (096) 7469382
7469384 - 7369753

Bogotá (Cundinamarca):
Cra 7 # 35 - 23 Teusaquillo
Teléfonos: (091) 2853553
2853779

Bucaramanga (Santander):
Cll 37 # 23 - 66
Teléfonos: (097) 6453419
6452187

Cali (Valle):
Cll 5 # 38 - 25 Edificio Plaza
San Fernando
Teléfono: (092) 5581004

Florencia (Caquetá):
Cra 88 # 6 - 53
Barrio Las Avenidas
Teléfonos: (098) 4341819
4341835 - 4346726
4341830 - Planta telefónica
3165254312

Ibagué (Tolima):
Cra 4D # 35 - 25
Barrio Cádiz Teléfonos: (098)
82667300 - 82648281
82700408

Manizales (Caldas):
Cll 58 # 23 - 52
Barrio Belén Teléfonos:
(096) 8903903 - 8855994

Neiva (Huila):
Cll 14 # 8B - 26
Teléfonos: (098) 8715321 -
8719239 - 8720261 -
8718335

Pasto (Nariño):
Cra 24 # 14 - 85 Centro
Teléfonos: (092) 7290133 -
7296027 - 7227203

Pereira (Risaralda):
Cra 9 # 19 - 11
Teléfonos: (096) 3257863

Popayán (Cauca):
Cra 4 # 18N - 46
Teléfono: (092) 8238013

Valledupar (Cesar):
Cll 17 # 15 - 20
Barrio Guatapuri
Teléfonos: (095) 5602010 -
5601981

- ✓ Identificar las facturas de atenciones a pacientes de otros departamentos y enviar oportunamente las que estos requieran para efectos de descuentos y recobros.
- ✓ Entregar en forma organizada, completa y oportuna los formatos requeridos para liquidación de contratos, glosas a la facturación y autorizaciones de pago con sus respectivos soportes a GF.
- ✓ Entregar en forma organizada, completa y oportuna las facturas correspondientes a atenciones de alto costo a GF.
- ✓ Informar mensualmente al Líder de proceso las anomalías detectadas en la auditoría de cuentas relacionadas con PSS, ARC, AC, GCAD.
- ✓ Realizar los registros de las oportunidades de defecto encontradas en los CPC en que los Técnicos I se encuentren involucrados. (calidad de plan de egreso de paciente hospitalizado).

Para constancia se firma en Popayán, a los treinta (30) días del mes de marzo de 2016.

MARTHA LUCIA CAMPO ORDOÑEZ
Coordinador Servicios al Personal

Proyecto: Lorena Bonilla

Personas autorizadas para confirmar estos datos:
Auxiliar Talento Humano Tel 8312000 ext. 1127
Técnico Servicios al Personal Tel 8312000 ext. 1115
Coordinador de Servicios al Personal Tel 8312000 ext. 1110

VIGILADO Supersalud
SERVICIO DE ATENCION GRATUITO 018000913876
www.asmetsalud.org.co