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 TALENTO HUMANO**
**FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS**

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

**A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROCESO SOLICITANTE: | | FECHA | 17.12.2018 | Nº FOLIOS | |
| NOMBRE DEL CANDIDATO | Leidy Tahona Villalobos Ramos | DOCUMENTO: | | 1018477517 | |
| TELEFONO | | ACTIVIDAD SOLICITADA: | | Enfermera | |

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

**TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE**

**B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO**

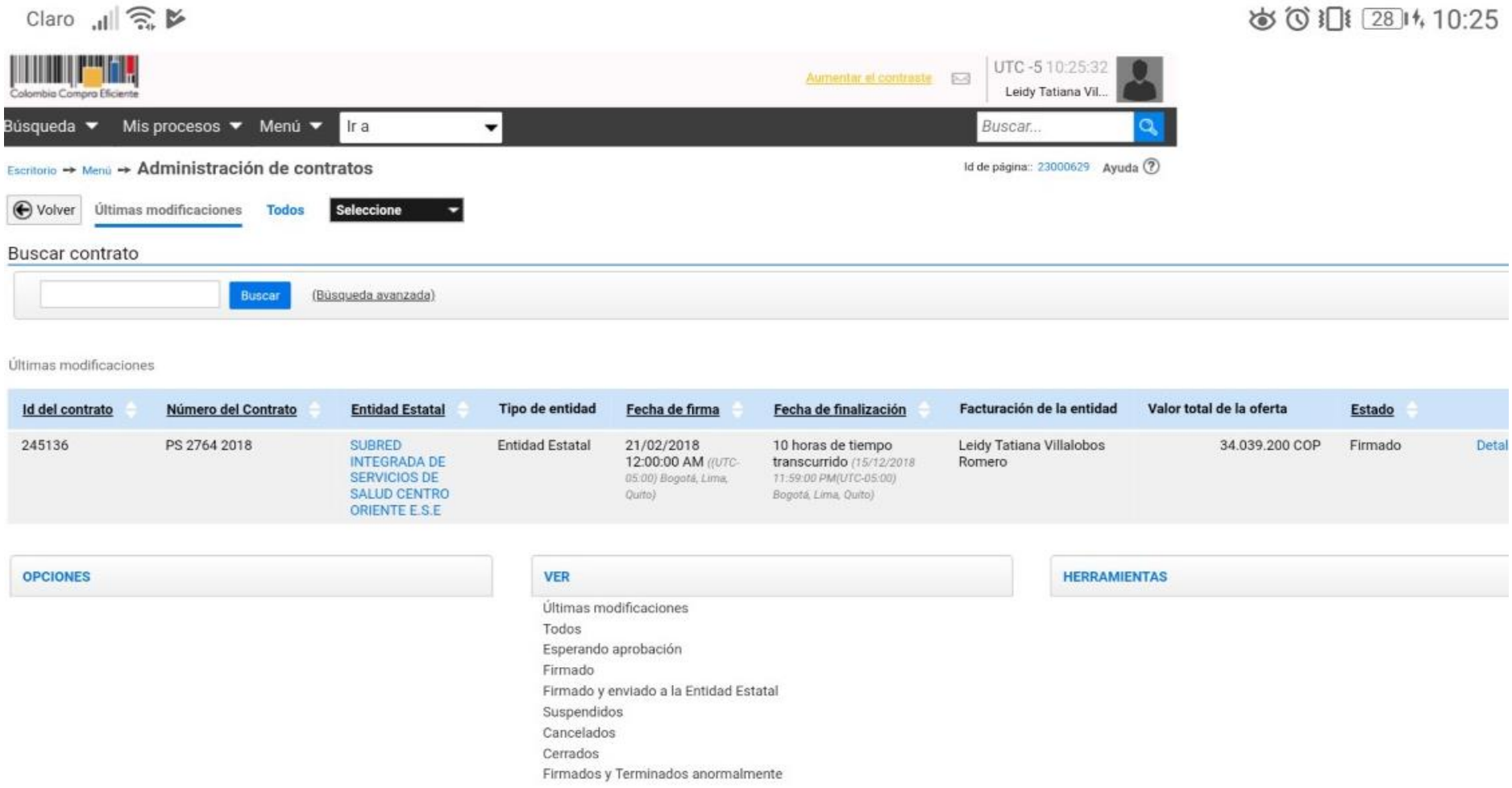
| | | | |
|---|---|---|---|
| | NECESIDAD DE PERSONAL OPS | | |
| | SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | | |
| | CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | SI ☐ | NO ☑ |

**C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG | SI | ☐ | | | |
| 2 | SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017) | SI | ☒ | | | |
| 3 | FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO) | SI | ☒ | | | |
| 4 | DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995) | SI | ☒ | | | |
| 5 | DIPLOMAS ACADÉMICOS | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 6 | ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 7 | CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES | SI | ☒ | NO | ☐ | |
| 8 | SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 9 | FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales) | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 10 | CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 11 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150% | SI | ☒ | | | |
| 12 | REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU 8692 | SI | ☒ | | | |
| 13 | REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT | SI | ☒ | | | |
| 14 | LIBRETA MILITAR (Hombres) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 15 | TARJETA PROFESIONAL | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 16 | RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 17 | CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud) | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 18 | ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración) | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 19 | CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes ( - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva) | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 20 | 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 Enfermeria, Auxiliar Ambulancias) | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 25 | CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH) | SI | ☒ | N/A | ☐ | |
| 26 | CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 27 | LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 28 | ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia) | SI | ☐ | N/A | ☒ | |
| 29 | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella | SI | ☒ | | | |
| 30 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Famisanar | SI | ☒ | | | |
| 31 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Porvenir | SI | ☒ | | | |
| 32 | FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE NOMBRE: Positiva | 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, N° de documento y N° de cuenta) | SI | ☒ | | | |

**D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| V°/B° Responsable Talento Humano | | Fecha: | |
| V°/B° Dirección Talento Humano | | Fecha: | |


Claro
10:25
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:25:32
Leidy Tatiana Vil...
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
245136
PS 2764 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
21/02/2018 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
10 horas de tiempo transcurrido (15/12/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Leidy Tatiana Villalobos Romero
34.039.200 COP
Firmado
Detal
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| VILLALOBOS | ROEMRO | LEIDY TATIANA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1018477517

*SEXO*: F (X) M ( )

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 13 MES JUL AÑO 1995

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

carrera 12 este numero 38-47

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 7193374

EMAIL tativr13@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 NOVIEMBRE AÑO 2011 |
| | | | | | | | | | | X | |

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: 16-dic-2018

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| PUBLICO | 0 | 0 |
| PRIVADO | 0 | 0 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 0 | 0 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 16-dic-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** LEIDY TATIANA VILLALOBOS ROEMRO
**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1018477517 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
**País** Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Soacha
**Dirección** carrera 12 este numero 38-47 **Teléfonos** 3214490054 7193374

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|

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 | $ 34.039.200,00 |
| 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 | $ 34.039.200,00 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# FORMULARIO ÚNICO

## DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 16-dic-2018

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<br>C.C◯ C.E◯ T.I.◯ | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|

## 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Libertad y Orden

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

# Universidad ECCI

Resolución No. 13370 del 19 de Agosto de 2014 por el M.E.N.

Confiere a

## Leidy Tatiana Villalobos Romero

C.C. 1.018.477.517 de Bogotá D. C.

El título de:

## Enfermera

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

A los 20 días del mes de Octubre de 2017 .

UNIVERSIDAD ECCI

Secretaria General

Rector

Decano de Facultad

VIGILADA MINEDUCACIÓN

La República de Colombia
y en su nombre la
Institución Educativa

# Julio César Turbay Ayala

Soacha - Cundinamarca

Decreto No. 002 Enero 17/2003
Resolución No. 227 Diciembre 14 de 2005
Decreto No. 535 Diciembre 12 de 2007

Confiere a:

## Villalobos Romero Leidy Tatiana

T.I. 95071303714 de Bogotá

El título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, Artículo 28 Ley 115 de 1994; según los planes y programas vigentes

Libro de Registro N° 01
Acta N° 08 Folio N° 55

Rector

Napoleón Ruiz Fonseca
C. C. 11.787.867 de Cúcuta

Secretaria Académica

María Josefa Sánchez Díaz
C. C. 36.167.922 de Neiva

Soacha, 25 días del mes de Noviembre del año 2011

Con registro de la Secretaría de Educación, según decreto N° 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 3 de Diciembre de 1995. Presidencia de la República

UNIVERSIDAD ECCI

**ACTA DE GRADO No. 158**

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

En Bogotá D.C., a los 20 (Veinte) días del mes de Octubre de 2017 en las instalaciones del Teatro ElDorado ECCI, siendo la 1:00 pm, se llevó a cabo la graduación del(a) estudiante **VILLALOBOS ROMERO LEIDY TATIANA,** identificado(a) con la C.C. No. **1018477517** expedida en **Bogotá D.C.,** quien aprobó satisfactoriamente el plan de estudios correspondiente y cumplió con las condiciones académicas requeridas por la Institución. Como opción de grado realizó el(la) **PROYECTO DE GRADO** titulado(a) **PERCEPCIÓN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES CON HEMODIÁLISIS EN UN AMBIENTE TECNOLÓGICO,** obteniendo una calificación de **4.1 (Cuatro Punto Uno)** con concepto **Aprobatorio(a).** En virtud de lo anterior y en representación de la Universidad, el señor Rector previa toma de juramento le confirió el título de **ENFERMERA.**

Para constancia se firma la presente.

**DR. FERNANDO A. SOLER LÓPEZ**
RECTOR

**ESP. LUISA MARÍA HINCAPIÉ ROZO**
SECRETARIA GENERAL

**MSC. RUTH JANNETT ZAMORA VALENCIA**
DECANO DE FACULTAD

VIGILADA MINEDUCACIÓN

**INSTITUCION EDUCATIVA "JULIO CÉSAR TURBAY AYALA"**
Calle 3 No. 2A-07 Julio Rincón Tel.: 779 61 96
Soacha - Cundinamarca

**NIT. 832002034-8** **INSCRIPCIÓN DANE No. 125754001159**

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En Soacha - Cundinamarca, a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre de dos mil once (2011), se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, el Rector y Secretaria Académica en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA "JULIO CÉSAR TURBAY AYALA", Institución aprobada hasta nueva fecha en los Niveles Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Media Vocacional. Y aprobada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Decreto No. 002 Enero 17/2003, Resolución No. 227 Diciembre 14 de 2005, Decreto No. 535 Diciembre 12 de 2007.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el:

**TÍTULO DE**
**BACHILLER ACADÉMICO**

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

**Villalobos Romero Leidy Tatiana**

T.I. 95071303714 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta General No. 08, Folio No. 55, del veinticinco (25) de Noviembre de dos mil once (2011), que consta de 247 estudiantes graduados; que comienza con el nombre de **ACERO AVENDAÑO HENRY ALFONSO** y se cierra con el nombre de **ZARATE SÁNCHEZ WILMER.**

Firmado por:
NAPOLEÓN RÍOS HINESTROZA Rector y
MARÍA JOSEFA SÁNCHEZ DÍAZ Secretaria Académica

Dada en Soacha, Cundinamarca, a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre de dos mil once (2011).

**Firmada y Sellada**

**NAPOLEÓN RÍOS HINESTROZA**
**C. C. No. 14.787.867 de Quibdó**
**Rector**

**MARÍA JOSEFA SÁNCHEZ DÍAZ**
**C. C. 36.167.922 de Neiva**
**Secretaria Académica**

**NOTA: SEGÚN DECRETO Nº. 1024 DEL 15 DE ABRIL DE 1982 NO SE REQUIERE AUTENTICACIÓN DE FIRMAS**

Bogotá D.C

Señores:

Universidad ECCI.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Leidy Tatiana villalobos Romero. 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:

Profesional de Enfermería.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1018477517.

Tarjeta profesional No: 1018477517.

Dirección de contacto: cra 12 este # 48-37

Teléfono: 3214490054

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.018.477.517**

**VILLALOBOS ROMERO**

APELLIDOS

**LEIDY TATIANA**

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO **13-JUL-1995**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.68** | **O-** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**19-JUL-2013 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00469848-F-1018477517-20130913 0034894206A 1 40169265

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 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14452111371

(415)7707212489984(8020) 000001445211137 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 8 4 7 7 5 1 7 | 1 | 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 1 8 4 7 7 5 1 7 | 2 0 1 3 0 7 1 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 |
|---|---|---|---|
| VILLALOBOS | ROMERO | LEIDY | TATIANA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Soacha 7 5 |

41. Dirección principal: CR 12 ESTE 48 37 BRR SANTILLANA

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| tativr13@hotmail.com | | 3 2 1 4 4 9 0 0 5 4 | |

## 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 8 0 1 2 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: | 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 |
|---|---|---|
| 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 re**

### Para uso exclusivo de la DIAN

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

*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:*

Tatiana Villalobos Romero.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MATEUS VARGAS MARIA FERNANDA

985. Cargo: Analista I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF 24-01-2018

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

# DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
# REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE



**CONTRIBUYENTE** NIT 1018477517-1 LEIDY TATIANA VILLALOBOS ROMERO

**Información**

*Dirección* CR 12 ESTE 48 37 BRR

*Teléfonos* 3214490054

*Dirección* TATIVR13@HOTMAIL.COM

*Fax*

**Información de**

*Fecha Inscripción* 24/01/2018

*Soporte Inscripción* 23409277

*Fecha Inicio Actividades* 24/01/2018

*# 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*

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA**
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

# ENFERMERA



**LEIDY TATIANA VILLALOBOS ROMERO**
C.C. 1.018.477.517

UNIVERSIDAD ECCI
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-10-20
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-11-17

12798

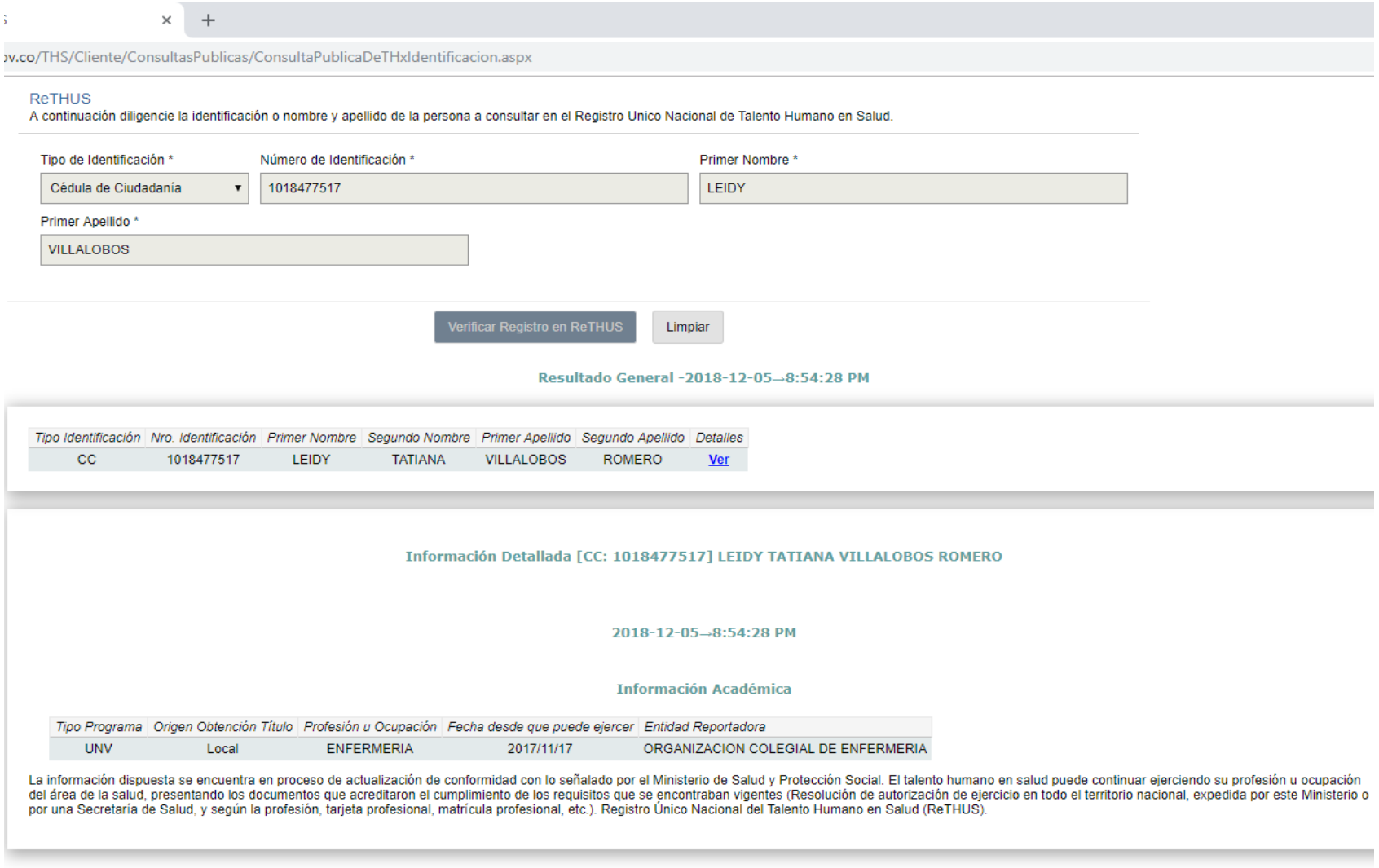
Crear4D.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

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

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

FIRMA DEL PROFESIONAL



ov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

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 * 1018477517

Primer Nombre * LEIDY

Primer Apellido * VILLALOBOS

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2018-12-05→8:54:28 PM**

| *Tipo Identificación* | *Nro. Identificación* | *Primer Nombre* | *Segundo Nombre* | *Primer Apellido* | *Segundo Apellido* | *Detalles* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1018477517 | LEIDY | TATIANA | VILLALOBOS | ROMERO | Ver |

**Información Detallada [CC: 1018477517] LEIDY TATIANA VILLALOBOS ROMERO**

**2018-12-05→8:54:28 PM**

**Información Académica**

| *Tipo Programa* | *Origen Obtención Título* | *Profesión u Ocupación* | *Fecha desde que puede ejercer* | *Entidad Reportadora* |
|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2017/11/17 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede 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).

## *HACE CONSTAR QUE:*

La enfermera **LEIDY TATIANA VILLALOBOS ROMERO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.018.477.517, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de enero del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

**EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

90304449

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre | **VILLALOBOS ROMERO LEIDY TATIANA** | | |
| Identificacion | CC 1018477517 | Tel. | 3214490054 |
| Edad | 22 Años 4 Meses 5 Dias | Sexo | F |
| Medico | MEDICOS VARIOS | | |
| No. Ordenamiento | 8238528 | | |

| | |
|---|---|
| Fecha de recepcion: | 03-sep-2018 4:59 pm |
| Fecha de impresion: | 04-sep-2018 6:59 am |
| Empresa | ANALISIS TECNICOS LTDA hospital de fusa) |
| Sede | REFERENCIA |
| Fecha Validacion | 04-sep-2018 5:42:00a.m. |

Final

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| [redacted] | 41.4 | mUI/ml | |

**V. de Referencia:**
**No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml**
**Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml**
**Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml**

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,739,827
BACTERIOLOGA

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,739,827
BACTERIOLOGA

SALUD OCUPACIONAL

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | VILLALOBOS ROMERO LEIDY TATIANA | **Identificación:** | CC 1018477517 |
| **Genero:** | Femenino | **Edad:** | 22 AÑOS |
| **Cargo:** | JEFE DE ENFERMERIA | **Orden No.** | 80931 |
| **Fecha de ingreso:** | 12/01/2018 03:19 p. m. | **Fecha de salida:** | 13/01/2018 09:55 a. m. |
| **Empresa:** | SALUD OCUPACIONAL CALLE 49 | **Destino:** | NA |

**Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

**Exámenes realizados:**

Examen Medico De Ingreso Con Énfasis Osteomuscular

**Concepto** **CON ALTERACIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN EN EL CARGO**

**Restricción y/o causa de aplazamiento:**

ninguna

**Recomendaciones**

Recomendaciones personales:
Ejercicio cardiovascular periódico.
Hábitos alimentarios con dieta sana y balanceada.
Control médico preventivo
Recomendaciones laborales: Examen ocupacional periódico según SST de la empresa.
Uso de elementos de protección personal según factor de riesgo ocupacional.
Realizar pausas activas durante la jornada laboral.
Higiene postural.
Capacitarse en prevención y manejo de riesgo biológico.
Revisar y actualizar periódicamente esquema de vacunación.

**Observaciones**

ninguna

**Incluir en SVE** No
**Programa de Promoción y Prevención** Nutricional

Nombre Médico Evaluador
MARTINEZ AMEZQUITA WILSON ALFREDO
Registro médico: 509897

Paciente
VILLALOBOS ROMERO LEIDY TATIANA
CC 1018477517

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

# S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

## LEIDY TATIANA VILLALOBOS ROMERO

**c.c. 1.018.477.517**

ASISTIO AL CURSO

# ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

## (CADENA DE CUSTODIA)

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LAS RESOLUCIONES: 003/2014, 459/2012, Y LAS LEYES: 1146/2007, 1257/2008. A NIVEL NACIONAL PARA TODO EL PERSONAL DE LA SALUD

**CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS**

Dado en Bogotá D.C., a los 25 días del mes de Enero de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

**Paola M. Vieda**
**Directora**

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

**David Londoño**
**Sub Dirección Académica**

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

# S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

## LEIDY TATIANA VILLALOBOS ROMERO

c.c. 1.018.477.517

ASISTIO AL CURSO

# SOPORTE VITAL BASICO

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

Dado en Bogotá D.C., a los 26 días del mes de Enero de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

**Paola M. Vieda**
**Directora**

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

**David Londoño**
**Sub Dirección Académica**

# S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

## LEIDY TATIANA VILLALOBOS ROMERO

c.c. 1.018.477.517

ASISTIO AL CURSO

# OPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

URSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART SOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108

**CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS**

Dado en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de Enero de 2018.

Validez 2 años.

ENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S

Educación Informal Decreto 4904 / 2009 Ministerio de Educación Nacional

**aola M. Vieda**

**irectora**

**David Londoñ**

**Sub Direcció Académi**

*PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:*

*TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190*

*inscripciones@capacitacionessos.net*

*www.capacitacionessos.net*

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

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

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

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT *

| FECHA: | 17-12-18 | CIUDAD: | Bogotá | DEPARTAMENTO: | Cundinamarca. |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

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

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Villalobos | Romero | Jeldy | Tatiana. |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 1018477517. | Bogota | 2013/07/19. |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ | NO ☐ | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 13/07/95 | Bogota | Colombia | Colombiana. |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ | 0 | 0 | 3214490584 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| Cra 12 Este #48-37 | Soacha | Cundinamarca | Colombia | 7198374 |

| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | PROPIA ☐ | FAMILIAR ☒ | ARRENDADA ☐ |
| tatiVr13@hotmail.com | | | | |

| 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 | | IVA | | ICA | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☐ | | SI ☐ | | SI ☐ | |
| | | NO ☒ | | NO ☒ | | NO ☒ | PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐ |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | AGENTE RETENEDOR | | AGENTE AUTORETENEDOR | |
|---|---|---|---|---|---|
| SI ☐ | NO ☒ | | SI ☐ NO ☒ | | SI ☐ NO ☒ |

| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ | Subred Centro Oriente |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | | | | NIT | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | GOBIERNO ☐ | COMERCIAL ☐ | SERVICIOS ☐ | UD ☒ | | | | | 900959051-7 | |
| EXPORTACIONES ☐ | AGRICOLA ☐ | ENERGETICA ☐ | FINANCIERA ☐ | TRANSPORTE ☐ | TECNOLOGIA ☐ | ALIMENTOS ☐ | MEDICAMENTOS ☐ | | | |
| OTRA ☐ | CUAL: | X | | | | | | | | |

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Cra 14 b # 1-45 Sur | 3282828 | Bogotá | Cundinamarca | Colombia. |

| CARGO ACTUAL | Enfermera. | FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD) | |
|---|---|---|---|

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: | 17-12-18 | CIUDAD: | Bogotá | DEPARTAMENTO: | Cundinamarca. |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

| PROVEEDOR | | PARTICULAR | | CONTRATISTA OPS | X | SERVIDOR PUBLICO | | OTRO | | CUAL: | | OTRO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Villalobos | Romero | Jeidy | Tatiana. |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | X | CE | | RC | | NUIP | | 1013477517 | Bogotá | 2013/07/19. |
| PASAPORTE | | OTRO | | CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI | X | NO | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 13/07/95 | Bogotá | Colombia | Colombiana. |

| ESTADO CIVIL | | | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) | X | CASADO(A) | | DIVORCIADO(A) | | UNION LIBRE | | 0 | 0 | 3214490054 |
| VIUDO(A) | | | | | | | | | | PROFESION/ OFICIO |

**NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA**

| MAGISTER | | POSGRADO | | UNIVERSITARIO | X | BACHILLER | | PRIMARIA | | OTRO | | CUAL: | OTRO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TECNICO | | TECNOLOGO | | | | | | | | | | | | |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| Cra 12 Este # 48-37 | Soacha | Cundinamarca | Colombia | 7143374 |

| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | PROPIA | FAMILIAR X | ARRENDADA |
| tatiVr13@hotmail.com | | | | |

| 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 | FECHA EXPEDICION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | X | COMERCIANTE | | EMPLEADO PUBLICO | | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE | | EMPLEADO SOCIO | | | | OTRA..... | | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | | | | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | | IVA | SI | | NO | X | 8692 | |
| | | NO | X | ICA | SI | | NO | X | PRINCIPAL: X SECUNDARIA: | |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | | | AGENTE RETENEDOR | | | AGENTE AUTORETENEDOR | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | | NO | X | | SI | | | SI | |
| | | | | | NO | X | | NO | X |

| FUNCIONARIO PUBLICO | | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | | | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|---|---|---|
| SI | NO X | SI | | NO X | Subred Centro Oriente |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | GOBIERNO | | COMERCIAL | | SERVICIOS | | UD | X | NIT | 900959051-7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| EXPORTACIONES | | AGRICOLA | | ENERGETICA | | FINANCIERA | | TRANSPORTE | | TECNOLOGIA | | ALIMENTOS | | MEDICAMENTOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| OTRA | | CUAL: | X |
|---|---|---|---|

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Cra 14 b # 1-45 Sur | 7282828 | Bogotá | Cundinamarca | Colombia. |
| **CARGO ACTUAL** | Enfermera. | | **FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)** | |

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**

## 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 | 1.000.000 | AHORROS | — | SALDO HIPOTECA | — |
| HONORARIOS | 2.900.000 | ARRIENDOS | — | INVERSIONES | — | TARJETAS DE CREDITO | — |
| ARRIENDOS | — | CUOTA VEHICULO | — | VEHICULOS | — | DEUDA VEHICULOS | — |
| COMISIONES | — | CUOTA VIVIENDA | — | PROPIEDADES | — | DEUDAS TERCEROS | — |
| OTROS INGRESOS* | — | OTROS EGRESOS* | 230.000 | OTROS ACTIVOS* | — | OTROS PASIVOS* | — |
| TOTAL INGRESOS | 2.900.000 | TOTAL EGRESOS | 1.230.000 | TOTAL ACTIVOS | 0 | TOTAL PASIVOS | 0 |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 6. REFERENCIAS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Parga | Castellanos | Angelica | |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| Calle 68 a sur # 80F-45 | Bogota | Amiga | 3144598442 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| Davivienda | Cuenta de Ahorros | 462300098250 | Centro Mayor | |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐ CUAL:

## 8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Enfermera - Urgencias Adultu

**2.** Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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 ) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
**2.** Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
**3.** Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
**4.** Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
**5.** Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
**6.** Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

**10. 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 , estadisticas, 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 estadisticos.
**4.** TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
**5.** DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

**IX. FIRMA Y HUELLA**

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

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

| **X. INFORMACION DE ENTREVISTA** | | | | **XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.Fecha** | | **2. Ciudad** | | **1. Fecha:** | | **2. Ciudad** | |
| **3.Nombre del funcionario o Asesor:** | | | | **3. Nombre y Cargo de quien verifica:** | | | |
| **4. Lugar de la Entrevista:** | | | | **4. Lugar de la verificación:** | | | |
| **5. Observaciones:** | | | | **5. Observaciones:** | | | |
| **6. Resultado de la Entrevista:** | ACEPTADO ☐ | RECHAZADO ☐ | | **6. Firma y cédula:** | | | |
| **7. Firma y Cédula** | | | | | | | |

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIDY TATIANA VILLALOBOS ROMERO identificado(a) con CC 1018477517 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **10/02/2018** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO SOACHA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 16 días del mes de diciembre del año 2018 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

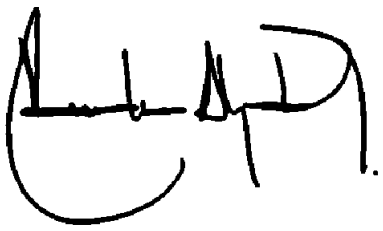
**EPS FAMISANAR S.A.S.**

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

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **LEIDY TATIANA VILLALOBOS ROMERO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,018,477,517**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

| 1018477517 | Positiva |
|---|---|
| Numero de Documento | ARL |

| Leidy | Tatiana | Villalobos | Romero |
|---|---|---|---|
| Primer Nombre | Segundo Nombre | 0 | Segundo Apellido |

| 13/07/1995 | Bogotá | Carrera 12 este # 48-37 | 3214490054 |
|---|---|---|---|
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |

| famisanar | Porvenir | $ |
|---|---|---|
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| Enfermera. | |
|---|---|
| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |

| tatiur13@hotmail.com | 3214490054 |
|---|---|
| Correo Electrónico | Celular |

Tatiana Villalobos

Firma del Afiliado

Nini Johanna Álvarez R.
Enfermera Jefe
Coordinación Urgencias
RUN 31125

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 118868878

WEB
21:49:36


Bogotá DC, 05 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 VILLALOBOS ROMERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1018477517:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 05 de diciembre de 2018, a las 21:48:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1018477517 |
| Código de Verificación | 101847751718120521481 7 |

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. 2591029**

**Bogotá D.C., 5 de Diciembre de 2018 - 21:52 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIECIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS DIECISIETE**

**1018477517**

**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 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_7CDNE_5221**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

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 21:54:01 horas del 05/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1018477517**
Apellidos y Nombres: **VILLALOBOS ROMERO 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.

Volver al Inicio

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **16/12/2018**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEIDY TATIANA VILLALOBO ROMERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1018477517**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550462300098250** |
| Fecha de apertura | **12/01/2018** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA