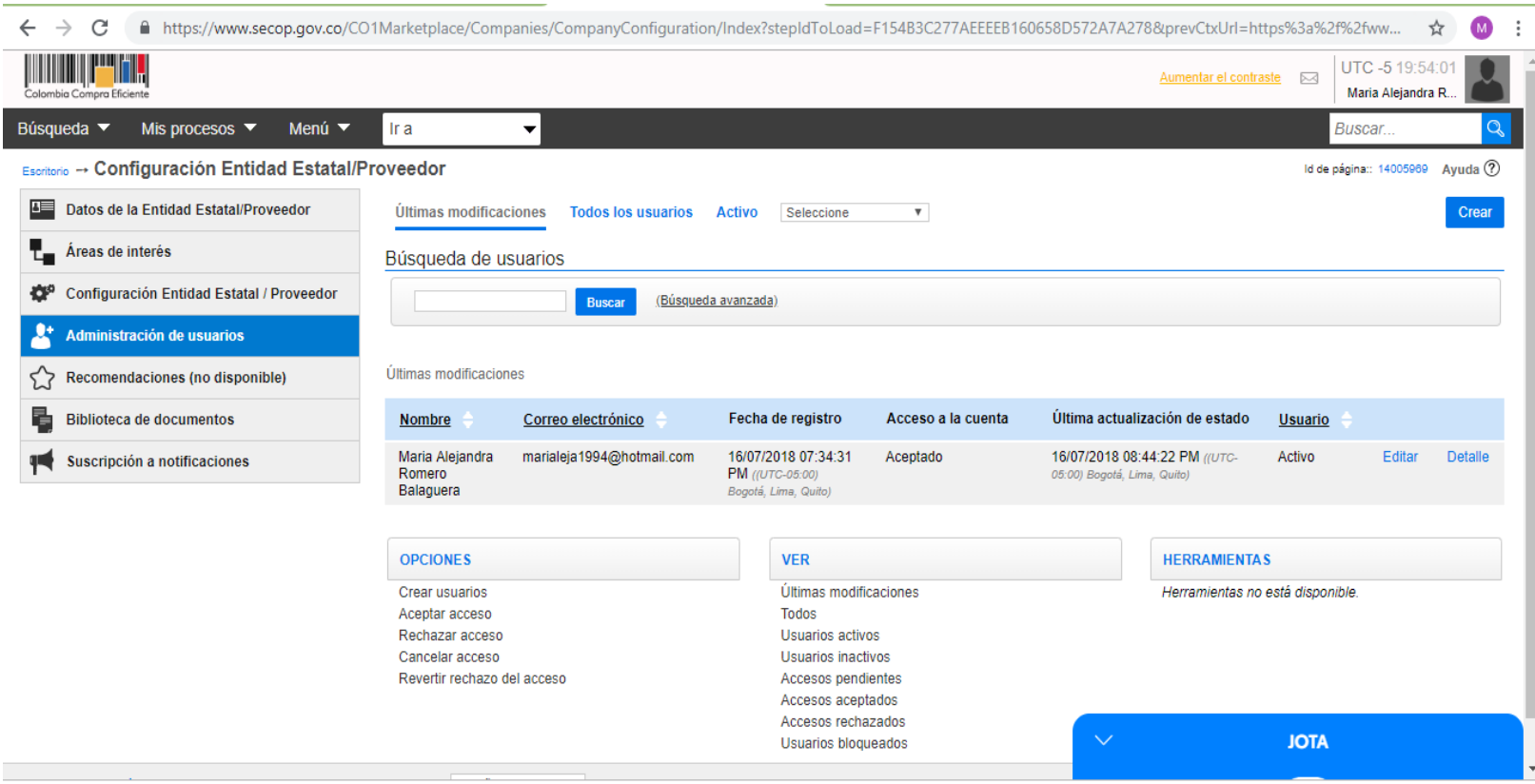



https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?stepIdToLoad=F154B3C277AEEEEB160658D572A7A278&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fww...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 19:54:01
Maria Alejandra R...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969
Ayuda
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Últimas modificaciones
Todos los usuarios
Activo
Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre
Correo electrónico
Fecha de registro
Acceso a la cuenta
Última actualización de estado
Usuario
Maria Alejandra Romero Balaguera
marialeja1994@hotmail.com
16/07/2018 07:34:31 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
16/07/2018 08:44:22 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle
OPCIONES
Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso
VER
Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados
HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.
JOTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIGEP

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ROMERO	BALAGUERA	MARIA ALEJANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1013654304

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES NOV AÑO 1994

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 14sur#29b-15

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3881919

EMAIL marialeja1994@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller Academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2010
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	8	X		ODONTOLOGO (A)	12	2016	1013654304

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			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.

SI AP

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*
sub red centro oriente	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
596600	DIA 28 MES 8 AÑO 2018	DIA 23 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
odontologa	vivienda	kr 12 D 26 A 62 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Fuerza Aerea Colombiana		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Vichada	Puerto Carreño	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3102127695	DIA 1 MES 6 AÑO 2017	DIA 1 MES 6 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Odontologa	Sanidad Militar	marandua - vichada

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	4
PRIVADO	1	0
PARTICULAR	0	3
TOTAL	1	8

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.

SI AP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE APTITUDES DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá D.C 23/01/2019

Mg Alejandra Romero B.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

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.

SI AP

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1013654304 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CL 14sur#29b-15 **Teléfonos** 3213282670 3881919

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Fernando Romero Cardenas	19372722	PADRE

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 15.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 15.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 30.000.000,00

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
colpatria	AHORROS	4622016746	restrepo	$ 2.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

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

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

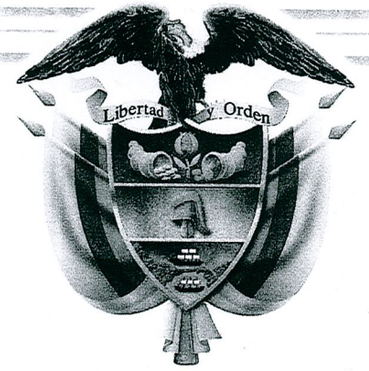
3. FIRMA

Mz Alejandra Romero B.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 23-ene-2019

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Centro Educativo Distrital
Don Bosco II

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 5823 del 12 de Septiembre de 2001
Confiere a :

María Alejandra Romero Balaguera

T.I. 941129-14719 de Bogotá D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

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

Fabio Hernando Ortiz Montoya
Rector

Yolanda Acosta F.
Yolanda Acosta Fonseca
Secretaria Académica

Anotado al Folio No. 53 del Libro para Control Interno No. 10

Dado en Bogotá, D.C., a 03 de Diciembre de 2010

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

Visual Láser Ltda.

unicoc
Institución Universitaria Colegios de Colombia

unicoc
Colegio Odontológico

Considerando que:

María Alejandra Romero Balaguera

C.C. 1.013.654.304 Bogotá D.C.

Aprobó los estudios de pregrado exigidos por la Institución,
en armonía con las Leyes de la República de Colombia, le confiere el título de

Odontóloga

En testimonio de lo anterior se refrenda este diploma por las autoridades académicas

Bogotá D.C., Diciembre 21 de 2016

Presidente Consejo Directivo | Rector | Decano | Secretario General

Registro No. 3457 Folio No. 72 Libro No. 4

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL
DON BOSCO II
CALLE 96 A SUR No. 1 - 01
MONTE BLANCO
TELEFONOS 7642614 – 7642615
BOGOTÁ, D.C.

INSCRIPCIÓN DANE No. 111001098841
RADICACIÓN ICFES No. 098277

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los tres (03) días del mes de Diciembre de 2010, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica del ***CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL DON BOSCO II,*** *aprobado hasta nueva determinación en los niveles de Preescolar, Educación Básica y Media y autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No. 5823 del 12 de Septiembre de 2001.*

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de ***BACHILLER ACADEMICO,*** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

María Alejandra Romero Balaguera
T.I. 941129-14719 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 10 del 03 de Diciembre de 2010, consta de 64 alumnos; comienza con el nombre de ANGULO QUICENO KELLY MAYERLY y termina con el nombre de ZAMBRANO PARDO KAREN PAOLA. Firmada por ***FABIO HERNANDO ORTIZ MONTOYA*** *(Rector) y* ***YOLANDA ACOSTA FONSECA*** *(Secretaria Académica).*

Dada en Bogotá, D.C., a los tres (03) días del mes de Diciembre de 2010.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL DON BOSCO II RECTORIA

FABIO HERNANDO ORTIZ MONTOYA
C.C. 16.801.959 de Victoria (Valle)
Rector

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL SECRETARIA

YOLANDA ACOSTA FONSECA
C.C. 65.729.873 de Ibagué
Secretaria Académica

VISUAL LASER LTDA.
3686201-5714190
Email. visual_laser@hotmail.com

unicoc
Institución Universitaria Colegios de Colombia

ACTA DE GRADO

La Institución Universitaria Colegios de Colombia- Unicoc, a través del Consejo Directivo otorga el título a

Nombre: *María Alejandra Romero Balaguera* ***C.C:*** *1.013.654.304* ***Expedida:*** *Bogotá D.C.*
Diploma: *12957* ***Acta:*** *187* ***Folio:*** *72* ***Libro No.*** *4*

En la ciudad de Bogotá D.C., a los veintiún (21) días del mes de diciembre del año dos mil dieciséis (2016), en el Auditorio "Jorge Arango Tamayo", siendo las 11:00 a.m. y ante la presencia de la Doctora ***MARÍA SOLEDAD ARANGO MEJÍA****, Presidente del Consejo Directivo; del Doctor* ***ALBERTO CARVAJALINO SLAGHEKKE****, Rector; de la Doctora* ***LILIANA JARA LÓPEZ****, Madrina de la* ***Centésima Décima Primera (CXI) Promoción****; del Doctor* ***JAVIER OCTAVIO BARRAGÁN ESPINOSA****, Secretario General; de la Doctora* ***GLORIA MERCEDES BALEN TRUJILLO****, Decana del Colegio Odontológico Sede Bogotá; y demás miembros del Consejo Directivo, se llevó a cabo la ceremonia de grado de los estudiantes que culminaron el programa académico de* ***Odontología****, y que por lo tanto cumplieron con los requisitos exigidos por la Institución en armonía con las Leyes de la República de Colombia.*

El Señor Rector tomó a los graduandos el Juramento Estatutario. Acto seguido, se hizo entrega a cada uno de ellos del Diploma de ***Odontóloga*** *que otorga la Institución, según Registro Calificado contenido en la Resolución No. 21273 del 16 de diciembre de 2014 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.*

El Presidente del Consejo Directivo (fdo.) MARÍA SOLEDAD ARANGO MEJÍA, el Rector (fdo.) ALBERTO CARVAJALINO SLAGHEKKE, el Secretario General (fdo.) JAVIER OCTAVIO BARRAGÁN ESPINOSA.

Dada en la ciudad de Bogotá D.C., a los veintiún (21) días del mes de diciembre del año dos mil dieciséis (2016).

DRA. MARÍA SOLEDAD ARANGO MEJÍA
Presidente Consejo Directivo

DR. ALBERTO CARVAJALINO SLAGHEKKE
Rector

DR. JAVIER OCTAVIO BARRAGÁN ESPINOSA
Secretario General

unicoc
Institución Universitaria Colegios de Colombia

unicoc
Colegio Odontológico

CERTIFICA QUE

María Alejandra Romero Balaguera

Aprobó satisfactoriamente el programa académico teórico y clínico del

Énfasis en

"Odontología Biológica y Quirúrgica – Endodoncia",

Realizado en VIII Semestre del
Programa de Odontología con una intensidad de 224 horas.

Para constancia, se entrega en la ciudad de Bogotá D.C., el día 21 de Diciembre de 2016,
durante la ceremonia de graduación.

Alberto Carvajalino Slaghekke
Rector

Gloria Mercedes Bolen Trujillo
Decana

Javier Barragán Espinosa
Secretario General

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.013.654.304

Cursó y aprobó la acción de Formación

PRIMEROS AUXILIOS.

con una duración de 40 horas

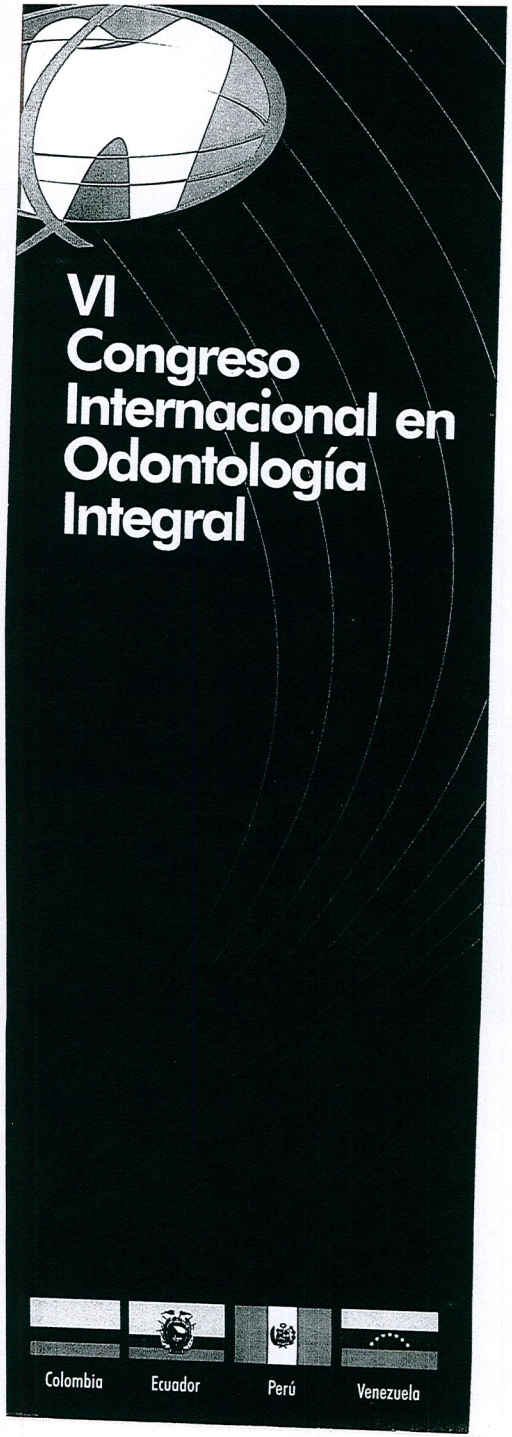
En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Chia, a los veintidos (22) días del mes de diciembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
LEONORA BARRAGAN BEDOYA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

LEONORA BARRAGAN BEDOYA
Subdirectora
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

41437254 - 22/12/2016
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 9513001353503CC1013654304C.



FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
Trae tus sueños... juntos los realizaremos!

La Fundación Universitaria San Martín
Facultad de Odontología y la
Asociación de Odontólogos Sanmartinianos AOSAM

aosam
Asociación de Odontólogos Sanmartinianos

Certifican que

MARIA A. ROMERO BALAGUERA

participó en calidad de **Asistente** al

VI Congreso Internacional en Odontología Integral

Evento realizado en el Salón Rojo del Hotel Tequendama en la ciudad de Bogotá D.C., Colombia, durante los días 26 y 27 de octubre de 2012. Intensidad: 16 horas.

Para constancia se firma a los veintisiete (27) días del mes de octubre del año dos mil doce.

Dr. Oscar Armando Hormiga León
Decano Facultad de Odontología

Dra. Sandra Elizabeth Aguilera Rojas
Presidente AOSAM

CENTRO ELECTRONICO DE IDIOMAS
NIT: 830.043.858-8 / RES.: 4056 / 2004 - 110199 / 2010
Per. Jurid. - 3200 / 2003 S.ED.
Fundado desde 1970

FUNDACION CENTRO ELECTRONICO DE IDIOMAS "FUNCEI"
(Educación Para El Trabajo y el Desarrollo Humano)

Autorización Oficial según resolución. 4056 del 29 de Septiembre de 2004 y su ampliación 1157 de abril 3 del 2006 de la Secretaria de educación de Bogotá y su nueva ampliación 15097 del 07 de septiembre de 2010.

CERTIFICACION

Que la alumna **MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA** Identificada con T.I 941129-14719 de Bogotá (Cundinamarca) curso y aprobó satisfactoriamente desde primer nivel (I) hasta el doceavo nivel (XII), Correspondientes al programa de **Conocimientos Académicos en el Idioma Ingles**.

La presente se expide en Bogotá a solicitud del interesado a los diecisiete (17) días del mes de Octubre del 2012.

CENTRO ELECTRONICO DE IDIOMAS
NIT 830 043 858 8
RESOLUCION 4056/2004 PER. JURIDICA
3200 2003 S E D ADMINISTRACION

SONIA SANCHEZ SANCHEZ
DIRECTORA ADMINISTARTIVA
Sede Restrepo

ISO 9001: 2008
BUREAU VERITAS Certification
N° CO232605

ASOCOC

Asociación de Odontólogos del Colegio Odontológico Colombiano

C E R T I F I C A

MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA

Documento de Identidad No. 1013654304 expedido en Bogotá

Curso la temática del

CURSO BÁSICO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Realizado en Bogotá D.C., los días 9 y 10 de Septiembre de 2016
Cumpliendo las treinta (30) horas Académicas según
(Resol. No. 9031 de 1990 MinSalud)

DR. LUIS FELIPE FALLA AGUDELO
Presidente
ASOCOC

DRA. MARIA ESPERANZA CASTELLANOS L.
Física – Física Médica Lic. Min. Prot. Social
N° 2854 de 2011

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO– GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS

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

Bogotá D.C 23/01/2019

Señores:

Colegio Odontológico Colombiano UniCoC

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Maira Alejandra Romero Balaguera 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:

Odontólogo

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Ma Alejandra Romero B.

No. de documento: CC 1013654304

Tarjeta profesional No: 1013654304

Dirección de contacto: CL 145a #29B-15

Teléfono: 3213282670

Scanned by CamScanner

GRUPO AÉREO DEL ORIENTE

La Señorita Subteniente
Jefe del Establecimiento De Sanidad Militar 4032
Marandúa (Vichada)

HACE CONSTAR

Que la señorita MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA identificada con la cédula de ciudadanía No 1.013.654.304 expedida en Bogotá, nombrada mediante resolución No. 0569 del 24 de Mayo de 2017 de la Dirección General de Sanidad Militar, en cumplimiento del Servicio Social Obligatorio exigido por la ley 50 de 1981 desempeñó al Servicio del Establecimiento de Sanidad Militar No. 4032 como Odontóloga en Servicio Social Obligatorio durante un periodo de 12 meses a partir del 01 de Junio del 2017, hasta el 31 de Mayo de 2018 en la plaza rural No 9977300000032-1, aprobada por la Secretaria de Salud del Vichada, desempeñándose de manera idónea en su área, no presentó novedades disciplinarias durante su estancia en esta institución.

Expedida en Marandúa (Vichada) a los 01 días del mes de Junio del 2018.

Subteniente RAMOS TUNAROSA MARTHA ISABEL
Jefe Establecimiento de Sanidad Militar No. 4032

Así se va
a las
alturas

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.654.304**

ROMERO BALAGUERA

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

30-NOV-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00613692-F-1013654304-20140822 **0039**639257A 3 1292893086

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 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14473954451

(415)7707212489984(8020) 000001447395445 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1013654304	9	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1013654304	2012113 0

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROMERO	BALAGUERA	MARIA	ALEJANDRA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 14 SUR 29 B 15 BRR LA FRAGUA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
marialeja1994@hotmail.com		3881919	3213282670

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
8622	2018071 6	7490	2018071 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	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2018071 6

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: Alejandra Romero B.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GUERRERO BRICEÑO JOHANA CONSTANZA

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 16-07-2018 02:13:47PM

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

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

Fecha:16/07/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 1013654304	MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 14 SUR 29 B 15 BRR LA FRAGUITA Teléfonos: 3213282670

Dirección electrónica: marialeja1994@hotmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: 16/07/2018

Fecha inicio de Actividades: NO REGISTRA Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 74902 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2: 86221 - Actividades de la práctica odontológica, sin internación (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

Version 2.01

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 16-07-2018
Hora: 4:47:43 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1013654304-9 MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA

Información

Dirección CL 14 SUR 29 B 15 BRR LA

Teléfonos 3881919 3213282670

Dirección marialeja1994@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 16/07/2018

Soporte Inscripción 23443455

Fecha Inicio Actividades 16/07/2018

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86221-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U 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 SEGURIDAD SOCIAL EN SAL

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

GOBIERNO DE COLOMBIA

COLEGIO COLOMBIANO DE ODONTOLOGOS

Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud



María Alejandra Romero Balaguera

Odontólogo

C.C. 1.013.654.304

UNICOC
Bogotá, D.C.

Diploma: 21/12/2016
RETHUS: 20/06/2018

Esta tarjeta es un documento publico y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Es personal e intransferible.
Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Odontologos: contacto - colegiodeodontologos.org

Jairo Quintana O.
Representante Legal
Colegio Colombiano de Odontólogos

CCO- 002464

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

RESOLUCIÓN NÚMERO 0569 DEL 2017

(24 MAY 2017)

"Por la cual se vinculan unos profesionales para que cumplan con el Servicio Social Obligatorio, al servicio de unos Establecimientos de Sanidad Militar de la Fuerza Aérea Colombiana".

EL DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD MILITAR

En uso de sus facultades legales que le confiere el artículo 2°, numeral 10, de la Resolución No. 0358 del 29 de Enero de 2007, del Ministerio de Defensa Nacional y

CONSIDERANDO:

Que mediante la Ley 50 de 1981 se creó el Servicio Social Obligatorio en todo el territorio nacional y el Gobierno a través del Ministerio de Salud reglamentó la prestación del Servicio Social Obligatorio en diferentes áreas Médicas y Paramédicas.

Que la Dirección General de Sanidad Militar cuenta con las plazas debidamente aprobadas por las Secretarías de Salud Departamentales y/o Municipales para la prestación del Servicio Social Obligatorio por parte de los Profesionales de la Salud en diferentes áreas Médicas y Paramédicas, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 2396 de 1981, Decreto 2865 de 1994 y la Resolución No. 00001058 de 2010.

Que el artículo 6 del Decreto 2396 de 1981, establece lo siguiente: "*Las personas que deban cumplir con el Servicio Social Obligatorio quedarán sujetas a las disposiciones que en materia de personal rijan en las entidades a las cuales se vinculen*".

Que el artículo 10 de la Resolución No. 00001058 del 23 de Marzo de 2010, establece lo siguiente: "*DURACIÓN. El Servicio Social Obligatorio se cumplirá por un término de un (1) año...*".

Que el artículo 11 de la Resolución No. 00001058 del 23 de Marzo de 2010, estipula "*VIGENCIA Y REPORTE DE PLAZAS. Las plazas del Servicio Social Obligatorio estarán vigentes a partir de su aprobación por tiempo indefinido...*".

Que es deber legal de los profesionales que prestan el servicio social obligatorio permanecer disponibles en la localidad sede de la plaza y solo se permitirá su movilidad en la respectiva jurisdicción de la guarnición del establecimiento de Sanidad Militar, conforme lo dispone el Art. 17 de la Resolución 1058 de 2010.

Que de acuerdo con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 234-17 del 19 de mayo del 2017, expedido por el Grupo de Gestión Financiera de la Dirección General de Sanidad Militar, existe disponibilidad presupuestal para amparar la vinculación del personal profesional del Servicio Social Obligatorio que se pretende efectuar por la presente resolución.

R E S U E L V E:

ARTICULO PRIMERO.-Nombrar a los profesionales que se relacionan a continuación, en los Establecimientos de Sanidad Militar de la Fuerza Aérea Colombiana, para que cumplan el Servicio Social Obligatorio, por el término de un (1) año, a partir del 01 de Junio del 2017:

No.	CEDULA	APELLIDOS	NOMBRES	COD.	UNIDAD	CIUDAD	PROFESIÓN
1	1.026.580.959	CORREDOR VARGAS	AURA MARCELA	3027	EMAVI	CALI	BACTERIOLOGO
2	1.022.383.374	ARIZA CRUZ	MARIA JOSE	3042	CACOM 6	TRES ESQUINAS	MEDICO
3	1.026.583.484	WILCHES NIÑO	BRAYAN ALEJANDRO	3042	CACOM 6	TRES ESQUINAS	ODONTOLOGO
4	1.098.151.255	OROZCO CARVAJAL	MARIA ISABEL	4031	CACOM 2	APIAY	BACTERIOLOGO
5	1.013.654.304	ROMERO BALAGUERA	MARIA ALEJANDRA	4032	GAORI	MARANDUA - VICHADA	ODONTOLOGO
6	1.022.384.326	BAEZ CUMACO	ANDREA CAROLINA	5114	CACOM 4	MELGAR	ENFERMERO

RESOLUCIÓN NUMERO 0569 **DEL 2017** 24 MAY 2017 **HOJA Nº** _____

Continuación de la Resolución "Por la cual se vinculan unos profesionales para que cumplan con el Servicio Social Obligatorio, al servicio de unos Establecimientos de Sanidad Militar de la Fuerza Aérea Colombiana".

No.	CEDULA	APELLIDOS	NOMBRES	COD.	UNIDAD	CIUDAD	PROFESION
7	1.020.778.277	MORA GIRALDO	ERIKA VIVIANA	5117	CACOM 1	PUERTO SALGAR	ODONTOLOGO
8	1.022.405.591	ZARRATE GUZMAN	DIANA MARCELA	5117	CACOM 1	PUERTO SALGAR	ENFERMERO
9	1.018.458.783	BELTRAN ZAPATA	CARLOS ANDRES	5118	CAMAN	MADRID	MEDICO

PARAGRAFO: Las plazas ocupadas por los Profesionales en mención son:

No.	CEDULA	APELLIDOS	NOMBRES	No. DE REGISTRO	FECHA	CÓDIGO PLAZA
1	1.026.580.959	CORREDOR VARGAS	AURA MARCELA	Res. No. 00006	29-Ene-2009	7600100000034-1
2	1.022.383.374	ARIZA CRUZ	MARIA JOSE	Res. No. 003533	28-Dic-2009	1875600000021-1
3	1.026.583.484	WILCHES NIÑO	BRAYAN ALEJANDRO	Res. No. 003533	28-Dic-2009	1875600000022-1
4	1.098.151.255	OROZCO CARVAJAL	MARIA ISABEL	Res. No. 005	23-Ene-2009	5000100000034-1
5	1.013.654.304	ROMERO BALAGUERA	MARIA ALEJANDRA	ACUERDO 010	07 ENE 2011	9977300000032-1
6	1.022.384.326	BAEZ CUMACO	ANDREA CAROLINA	Res. No. 73 - 13	13-Ene-2009	7344900000033-1
7	1.020.778.277	MORA GIRALDO	ERIKA VIVIANA	3	04-Ene-2009	2557200000032-1
8	1.022.405.591	ZARRATE GUZMAN	DIANA MARCELA	7	04-Ene-2009	2557200000033-1
9	1.018.458.783	BELTRAN ZAPATA	CARLOS ANDRES	2	23-Ene-2009	2543000000031-4

ARTICULO SEGUNDO.- Fijase como salario a los profesionales que cumplan el Servicio Social Obligatorio en los Establecimientos de Sanidad Militar de la Fuerza Aérea Colombiana, de acuerdo a su profesión, los siguientes:

MEDICOS: $2.426.891.oo
BACTERIOLOGOS $2.062.953.oo
ODONTOLOGOS: $2.208.442.oo
ENFERMEROS $2.062.953.oo

ARTICULO TERCERO. - La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y surte efectos fiscales a partir de la novedad fiscal del acta de posesión.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dada en Bogotá, D.C 24 MAY 2017

EL DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Vicealmirante **CÉSAR AUGUSTO GÓMEZ PINILLOS**

Elaboro: TASD. Stella Espina
Servicio Social Obligatorio

Revisó: PD. Joseth Borda Duran
Coordinadora Grupo de Asuntos Legales

Revisó: [illegible] López Ramirez
Coordinador Grupo de Talento Humano

Vo.Bo. CN. David Tadeo Piña Sabaha
Subdirector Administrativo y Financiero

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1013654304	MARIA	ALEJANDRA	ROMERO	BALAGUERA	Ver

Información Detallada [CC: 1013654304] MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	ODONTOLOGIA	2018/6/20	Colegio Colombiano de Odontologos

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).

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989

FRXX

TNEO-01056 -2018

LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

HACE CONSTAR:

Que la persona identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.013.654.304 NO REGISTRA ANTECEDENTES por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día 19 de julio de 2018 a las 10:14 am.

Esta constancia NO acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 2003 de 2014, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación coincida con el aquí registrado.

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA
SECRETARIA ABOGADA

EDDY MERCEDES TAPIAS ARENAS
Abogada Secretaria

Proyectó/Elaboró: Jennifer Bravo
Aprobó: Eddy Mercedes Tapias Arenas
Anexos: N/A

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	22-01-19	0128W13007 31-12-20	S.R.C.O.
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	22 ENE. 2019	ENGERIX L.AHBVC664AI V.08/2020	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT. 900.394.707-3
	2	22 07 19		
	3	22 01 19 20		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

Scanned by CamScanner

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.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	maria Alejandra
Apellidos:	Romero Bolagria
Documento de identidad:	C.C. x T.I. Pasaporte No. 1013654304
Fecha de Nacimiento:	Día. 29 Mes. 11 Año. 1994

Scanned by CamScanner

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: Subred de Salud Centro Oriente				
Dir:		Nit:		
Fecha: Julio 17/2018	Cargo: Odontóloga.			
Tipo de examen	Ingreso Si	Periódico —	Retiro —	Trabajo en alturas —

Trabajador

Apellidos: Romero Balaguera	Nombres: María Alejandra		
ID: 1013.654.304	Tel:	Sexo: F.	Edad: 23
Profesión: Odontologa		Diestro: Si	Zurdo —

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional Si	Visiometría —	Audiometría —
Radiografía —	Electrocardiograma —	Espirometría —
Glicemia —	Colesterol, —	Triglicéridos —
Otros		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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

Restricciones médicas ocupacionales

No Presenta.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal Si	Valoración por: —
Hacer pausas activas. Si	Reubicación laboral temporal. —
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. Si	Rehabilitación ocupacional. —
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias —
Otras —	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica 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

C.C. 1013654304

Mc Alejandra Romero B.

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

v 1- 2.018

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CARNÉ DE PROTECCION RADIOLOGICA

No. **21491**

MARIA ALEJANDRA
ROMERO BALAGUERA
I.D. 1013654304

CURSO PROTECCION RADIOLOGICA

CATEGORIA 3

Expedicion 15/05/2017
Vencimiento 14/05/2021

Identificación Plástica 210017/0115

Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.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:	23/01/19	CIUDAD:	Bogotá D.C	DEPARTAMENTO:	Bogotá D.C

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Romero	Balaguera	Maria	Alejandra	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1013654304	Bogotá D.C	2012/11/30

PASAPORTE		OTRO		C		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	X	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
29/11/1994	Bogotá D.C	Colombia	Colombiana

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

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER		POSGRADO		UNIVERSITARIO	X	BACHILLER		PRIMARIA		TECNICO		TECNOLOGO		OTRO	X	CUAL:		Odontóloga

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 145 Sur #29B-15	Bogotá D.C	Bogotá D.C	Colombia	3881919

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
maipalejo1994@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	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 (AA.A.A/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	X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA.....			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA						CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		IVA	SI		NO	X	
	NO	X	ICA	SI	X	NO	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA: 8622

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

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO ☐ | SERVICIOS ☒ | OTRO ☐ | #NIT 900956061-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ LOGISTICA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
0634 #5 43	3444447	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Odontólogo	FECHA VINCULACION		28/06/18

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	1200000 $ 0	AHORROS	1000000 $ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	3000000 $ 0	ARRIENDOS	300000 $ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	3000000	TOTAL EGRESOS	1500000	TOTAL ACTIVOS	1000000	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
Ramos	Tunarosa	Martha	Isabel
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
ESM 4032	Maranta-vichada-Colombia	Jefe	3123363235

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Odontólogo

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.

Scanned by CamScanner

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 Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , 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.

Scanned by CamScanner

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.

Scanned by CamScanner

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 Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

M/ Alejandra Romero B.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1013654304
NOMBRES Y APELLIDOS	Romero Balaguera,Maria Alejandra
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	07/06/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Romero Balaguera,Maria Alejandra, a los 20 días del mes de diciembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



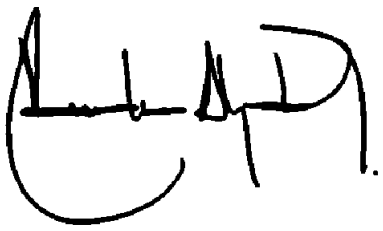
Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,013,654,304**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Enero de 2019.



_____
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

1013654304			Seguros Bolivar
Numero de Documento			ARL
Maria	Alejandra	Romero	Balaguera
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
29/11/1994	Bogotá D.C	Cl 145ui #29B-15	3851919
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Sanitas	Porvenir	$ 3000000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
odontólogo			
Escriba su perfil tecnico o profesión			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
alsubredcentrooriente@gmail.com		3213282670	
Correo Electrónico		Celular	
Mz Alejandra Romero B			
Firma del Afliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121023600

WEB
20:05:56

Bogotá DC, 21 de enero del 2019

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) MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013654304:

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 lunes 21 de enero de 2019, a las 20:09:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013654304
Código de Verificación	1013654304190121200907

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121023905

WEB
20:11:03

Bogotá DC, 21 de enero del 2019

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) MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013654304:

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.

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 20:18:06 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1013654304**
Apellidos y Nombres: **ROMERO BALAGUERA MARIA ALEJANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

BANCO COLPATRIA S.A.

Nit. 860.034.594-1

OFICINA RESTREPO (073)

CERTIFICA

Que la señora ***MARIA ALEJANDRA ROMERO BALAGUERA*** *con CC* ***1013654304*** *posee con nosotros una Cuenta de Ahorros bajo el* ***N° 4622016746*** *con fecha de apertura del 12 de Mayo del año 2017, la cuenta se encuentra vigente y activa.*

Dicha cuenta ha mostrado un normal manejo durante su vigencia de acuerdo a las normas establecidas por ***Multibanca Colpatria S. A*** *y la* ***Superintendencia Financiera de Colombia.***

Dirigido a: ***Quien Interese***

La presente se expide el día 12 de Octubre de 2018

Cordialmente,

COLPATRIA RED MULTIBANCA
OF. RESTREPO ESTACION 073
Firma Autorizada

Diana Pilar Betancourt Vergara
Gerente Comercial
Oficina Restrepo.
Tel: 7456300 ext. 9376

Vivimos lo mismo que tú.
COLPATRIA MULTIBANCA
del grupo Scotiabank

Multilínea
Bogotá 7561616
Cali 4891616
Medellín 6041616
Barranquilla 3851616
Ibagué 2771616
Pereira 3401616
Cartagena 6931616
Neiva 8631616
Bucaramanga: 6971616
Resto del País
01 8000 522 222

colpatria.com
INGRESA EN:
www.colpatria.com

Oficinas
ENCUÉNTRANOS EN
MÁS DE 175
oficinas por todo el país.

Multibanca Colpatria

@Colpatria

Scanned by CamScanner