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
197246	PS 0989 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2 días para terminar *(15/12/2018 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	EDILMA SANCHEZ GUERRA	29.67

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: 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SANCHEZ	GUERRA	EDILMA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52501569

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES FEB AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD La Peña

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 13 N 28 d 22 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3102359743

EMAIL e_sanchez_79@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 1997
										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*
ES	2	X		ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD	3	2015	
ES	2	X		ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	3	2015	
UN	8	X		ENFERMERO (A)	7	2012	42020

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.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED CENTRO ORIENTE ESE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 11 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA*: SALAS DE CIRUGIA	*DIRECCIÓN*: Diagonal 39 sur #3-20 este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE USME	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7660666	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 9 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 7 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: TRASV 2 A N 135 78 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA DE LA MUEJR	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 9 AÑO 2007	*FECHA DE RETIRO*: DIA 27 MES 7 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR EN ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: UCI NEONATAL	*DIRECCIÓN*: CRA 19 C N.91 17	

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	5	11
PRIVADO	4	10

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: 17-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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	10	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá 17/12/2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EDILMA SANCHEZ GUERRA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52501569 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CRA 13 N 28 d 22 SUR **Teléfonos** 3102359743 3102359743

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MAURICIO RODRIGUEZ SANCHEZ	1006571818	HIJO(A)
MARIA VICTORIA RAMIREZ SANCHEZ	1025072934	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 33.600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 33.600.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	004870377126	RESTREPO	$ 100.000,00

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
LUIS ENRIQUE RAMIREZ SUAREZ	C.C ⓧ C.E ○ T.I. ○	1098606295

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. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre
El Centro Educativo Distrital

Alejandro Obregón

Confiere a:

Edilma Sánchez Guevara

C.C. 52.501.569 de Santafé 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

Rector

Secretario

Anotado al Folio 119 del Libro para Control Interno de Diplomas No. [illegible]

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 30 de Noviembre de 1997

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.

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Edilma Sánchez Guerra

C.C. No. 52.501.569 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C., 27 de marzo de 2015

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 8 *Folio 68* *Registro 43059* *Fecha: 27 de marzo de 2015*

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Edilma Sánchez Guerra

C.C. No. 52.501.569 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Especialista en Auditoría en Salud

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C., 27 de marzo de 2015

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 8 Folio 66 Registro 42992 Fecha : 27 de marzo de 2015

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Edilma Sánchez Guerra

C.C. No. 52.501.569 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C., 13 de julio de 2012

Rector

Secretaria General

Director

Tomo 6 Folio 180 Registro 32680 Fecha: 13 de julio de 2012

Acta Individual de Grado

Colegio Alejandro Obregón

Institución Educativa Distrital

Jornada Tarde

Calle 30 Sur No. 15 – 45 Teléfono 361 84 77

Bogotá D.C.

Inscripción S.E. 6803 Inscripción DANE 11100115176

Acta General de Graduación No. 01, En la Ciudad de Santafe de Bogotá a los 30 días del mes de Noviembre del año 1997, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los Suscritos Rector y Secretaria Académica del Colegio Alejandro Obregón Institución Educativa Distrital, Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Preescolar, Primaria, Básica Secundaria y Media autorizada por la Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO Jornada Tarde, según Resolución no. 2595 del 28 de Agosto de 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media otorga el Título de Bachilleres Académicos a los graduados cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relacionan.

Titulo de

Bachiller Académico

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

EDILMA SANCHEZ GUERRA

Identificado(a) con C.C. No. 52.501.569 de BOGOTA

Esta Acta consta de 61 alumnos graduados comienza con el nombre de ALBARRACIN VALDERRAMA YESITH PAULINO y termina con el nombre de ZAPATA RUIZ HUBER ORLANDO.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7 del Decreto 180 de 1981.

El Rector REINERIO GUTIERREZ MELO y la Secretaria Académica CLAUDIA MABEL CARRASCO PATIÑO.

REINERIO GUTIÉRREZ MELO
C.C. 19.291.018 de Bogotá
Rector

CLAUDIA MABEL CARRASCO PATIÑO
C.C. 52.119.660 de Bogotá
Secretaria

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 586

En Bogotá D.C., el 13 de julio de 2012 a las 10:00 horas, convocados por Resolución 011 de la Rectoría Bogotá del 6 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor José Leonardo Valencia Molano, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Edgar Orlando Cote Rojas y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **EDILMA SANCHEZ GUERRA** con cédula de ciudadanía Número 52501569 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en libro de registro de títulos Tomo 6, Folio 180, numero 32680

JOSE LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector Bogotá
EDGAR ORLANDO COTE ROJAS. Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Dada en Bogotá D.C., el 13 de julio de 2012.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

MARIA JETZABEL HERRAN DUARTE
Secretaria General

No. 42326

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 42020 de FEBRERO 10 DE 2015
Por la cual se expide el Registro Único Nacional Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 de la Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería.

CONSIDERANDO

A) Que, EDILMA SANCHEZ GUERRA Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 52.501.569, expedida en BOGOTA, ha solicitado su Inscripción y Registro Único Nacional como Profesional de Enfermería, lo cual la (o) acredita para ejercer la Profesión de Enfermería en Colombia.

B) Que para este efecto presentó los siguientes documentos : Formulario de Solicitud; fotocopia del Diploma y Acta de Grado otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida por el Gobierno; fotocopia de la cédula de ciudadanía; recibo de pago de los derechos de expedición; fotocopia de la Resolución expedida por la respectiva Secretaria de Salud donde conste el cumplimiento o Exoneración del Servicio Social Obligatorio; fotocopia de la Resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación para los títulos expedidos en el exterior y 2 fotografías a color, tamaño 3 x 4 de fondo azul o verde.

C) La Unidad de Registro Único Nacional de Enfermería de la ANEC, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos en el literal B, los cuales son registrados en la relación Número 601 del 10 de FEBRERO de 2015.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer la calidad de Profesional de Enfermería a EDILMA SANCHEZ GUERRA, egresada(o) de la UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, el 13 del mes JULIO de 2012, para lo cual se expide el Registro y Tarjeta Profesional No. 42020, y en constancia se inscribe en el libro correspondiente.

Parágrafo: En el caso de presentar documentación no compatible con los datos aportados por las Facultades de Enfermería del país, esta información será reportada a la Entidad Educativa y a las Entidades de Control, para que tomen las medidas pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Expedida en la ciudad de Bogotá D.C., a los 10 días del mes de FEBRERO de 2015.

CAROLINA PRADA MORENO
Registradora Nacional ANEC

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 718

En Bogotá D.C., el 27 de marzo de 2015 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 076 del 19 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **EDILMA SANCHEZ GUERRA** con cédula de ciudadanía Número 52501569 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante acuerdo 006 del 15 de abril de 1996. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 8, Folio 66, número 42992

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 27 de marzo de 2015.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA SECRETARIA GENERAL

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 718

En Bogotá D.C., el 27 de marzo de 2015 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 076 del 19 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **EDILMA SANCHEZ GUERRA** con cédula de ciudadanía Número 52501569 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo 013 del 24 de agosto de 1999 y 054 del 13 de agosto de 2014. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 8, Folio 68, número 43059

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 27 de marzo de 2015.

MARIA JETZABEL HERRAN DUARTE
Secretaria General

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

EDILMA SANCHEZ GUERRA
C.C 52501569

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas.

Esta certificación se firma a los 3 (tres) días del mes de diciembre de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Area Andina

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Enfermera.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 52501569

Tarjeta profesional No: 42020

Dirección de contacto: Carrera 13 # 28 d 22 sur

Teléfono: 3102359743.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **EDILMA SANCHEZ GUERRA** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **CC. 52501569** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	DESDE	HASTA	OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
No. 886	2014-09-01	2014-12-01	ENFERMERA	$ 16.000.000	USME
No. 453	2015-01-01	2016-02-04	ENFERMERO (A)	$ 55.412.015	USME
No. 695	2016-03-02	2016-07-01	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	$ 23.316.118	USME

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1504**. Código de Verificación :S7FMAUJA

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a QUIEN INTERESE a los Veintitrés (23) días del mes de Julio del 2018 y tiene validez por Tres (03) meses a partir de su expedición.

Luisa Fda. Gómez B.

LUISA FERNANDA GOMEZ BECERRA
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado y Elaborado por:	Gloria Cano Portillos	Auxiliar Administrativo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	
Aprobado por:	Mireya Díaz Beltrán	Profesional Universitario	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de responsabilidad y eficacia, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACION LABORALCON FUNCIONES	TH-FT-26 V1

EL SUBGERENTE CORPORATIVO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

NIT 900.958.564-9

CERTIFICA

Que la Licenciada **EDILMA SANCHEZ GUERRA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.501.569 de Bogotá, fue vinculada a la planta global de personal del Hospital Usme I Nivel Empresa Social del Estado, desempeñando los siguientes cargos:

Que mediante Resolución No. 190 del 29 de Septiembre 01 de 2012, fue nombrada en un término de un año a partir del 03 de septiembre de 2012, para desempeñar el cargo de Profesional del Servicio Social Obligatorio (ENFERMERA) Código 217, Grado 02, desempeñando las siguientes funciones, mediante Acuerdo 03 de 2006:

1. Coordinar y ejecutar con el personal a su cargo el cuidado de enfermería, especifico del paciente, de acuerdo a los protocolos y procedimientos establecidos.
2. Coordinar y evaluar la ejecución de labores del personal a su cargo
3. Coordinar actividades de enfermería intra y extra hospitalarias.
4. Realizar las actividades de enfermería en promoción y prevención, ambulatorias externas y urgentes, y hospitalarias.
5. Realizar las actividades propias del servicio de urgencias, principalmente las relacionadas con el Triage, procedimientos, evolución de pacientes y entrega de turno.
6. Realizar las actividades propias del servicio de hospitalización, principalmente las relacionadas con revisión de kardex y/o historias clínicas, participación en la revista médica y de enfermería y en otro tipo de estudios clínicos y responder por los tratamientos de los pacientes, procedimientos, evolución de pacientes y entrega de turno.
7. Realizar las actividades propias del servicio de salas de cirugía y partos, principalmente las relacionadas con el pre, trans y postquirúrgico.
8. Supervisar el buen uso y cuidado de elementos que se encuentran en inventario en los diferentes servicios, e informar oportunamente su deterioro, falta o necesidad de mantenimiento o reemplazo.
9. Administrar medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.
10. Participar como instructor en la capacitación, adiestramiento e instrucción al personal relacionado con el área.
11. Ejercer control sobre la aplicación de métodos y procedimientos de enfermería a los usuarios

12. Coordinar las ínter consultas solicitadas para los pacientes de los diferentes servicios.
13. Velar por el mantenimiento y dotación del carro de paro para atención de pacientes.
14. Realizar las acciones de salud pública de su responsabilidad en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación necesarios en los diferentes grupos del ciclo evolutivo y de acuerdo con la normatividad vigente
15. Desarrollar o apoyar la ejecución de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extra mural del POS el PAB y otros programas o proyectos de responsabilidad del Empresa Social del Estado
16. Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social, con los diferentes actores locales con el fin garantizar la pertinencia y efectividad las intervenciones
17. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de cada una de las localidades del área de influencia de la Empresa Social del Estado
18. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.
19. Realizar la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.
20. Responder por elementos y equipos que estén bajo su cuidado.
21. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.
22. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de salud de la comunidad.
23. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud
24. Solicitar los recursos necesarios y hacer uso racional de los bienes a su cargo
25. Propender por la óptima facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos
26. Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.
27. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.
28. Participar en la actualización del manual de procedimientos de su área.
29. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio
30. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de las funciones
31. Realizar el control interno sobre las funciones propias del cargo.
32. Desempeñar las demás funciones relacionadas con la naturaleza de su empleo y área de desempeño.
33. Cumplir con el reglamento de higiene y seguridad industrial.
34. Conocer el tipo de extintores y el uso que cada uno de ellos tiene.

35. Cumplir con las normas enunciadas en la Guía de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, Bioseguridad y Seguridad.
36. Allegar toda incapacidad a la Coordinación de Salud Ocupacional dentro de las 24 horas siguientes a su inicio.
37. Participar y conocer el Plan de Emergencias de la Institución.
38. Velar por la adecuada segregación de los residuos hospitalarios.
39. Velar por el adecuado uso de los Elementos de Protección Personal.
40. Reportar a tiempo el informe de ausentismo, incapacidades y el registro de generación diaria de residuos.
41. Colaborar con el área de servicios generales para la formulación y cumplimiento de la ruta y cronograma de aseo y desinfección.

Que mediante Resolución No. 152 del 20 de agosto de 2013, se dio continuidad del año de Servicio Social Obligatorio-Enfermera Código 217, Grado 02, a partir del 03 de septiembre de 2013 del día siguiente de culminada la licencia de maternidad.

Que mediante Resolución No. 196 del 04 de agosto de 2014, se dio por terminado el Servicio Social Obligatorio-Enfermero código 217, grado 02 de la planta Global del Hospital de Usme.

Lo anterior se expide a solicitud de la interesada en la ciudad de Bogotá, a los veinticinco (25) días del mes de Julio Dos Mil Dieciocho (2018).

Cordialmente,

JOSE ORLANDO ANGEL TORRES
Subgerente Corporativo
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	USS	RED	FIRMA
Revisado Por:	Pedro Alfonso Mejía Sierra	Profesional Especializado Gestión Humana	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	
Revisado Por	Diana Marcela Jiménez Roa	Profesional Especializado Gestión Humana	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	
Elaborado por:	Claudia Mendoza Sanabria	Auxiliar Administrativo-Gestión Humana	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	Claudia M

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.501.569
SANCHEZ GUERRA

APELLIDOS
EDILMA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-FEB-1979
LA PEÑA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

21-MAR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00203411-F-0052501569-20091215 0019083943A 1 1170300825

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14343410062

(415)7707212489984(8020) 000001434341006 2

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 5 0 1 5 6 9	1 9 9 7 0 3 2 1

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
SANCHEZ	GUERRA	EDILMA	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 13 28 D 22 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
e_sanchez_79@hotmail.com		3 1 0 2 3 6 8 5 7 1	3 2 0 4 0 0 0 0 0 0 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad: (Año Mes Día)	48. Código:	49. Fecha inicio actividad: (Año Mes Día)	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 7 0 3 2 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 5 0 7 0 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SANCHEZ GUERRA EDILMA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

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

Fecha:14/12/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 52501569	EDILMA SANCHEZ GUERRA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 13 28D 22 SUR Teléfonos: 3615358

Dirección electrónica: e_sanchez_79@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: COMUN Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 22/03/2007 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

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

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES EDILMA
APELLIDOS SANCHEZ GUERRA
C.C. 52.501.569 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUND UNIV. DEL AREA ANDINA
RUN No. 42020
Fecha de Expedición 10/FEBRERO/2015

Crear-ID.com

REGISTRADORA NACIONAL ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46 - 21 Piso 2°. Bogotá D.C.

RESOLUCION No. 196
Bogotá D. C., 04 de Agosto de 2014

"Por medio de la cual se termina el tiempo de Servicio Social Obligatorio y se causa una novedad en la planta de personal"

La suscrita Gerente del Hospital de Usme I Nivel E.S.E. en uso de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por la ley 100 de 1993, Acuerdo 17/97 del Concejo de Bogotá y los numerales 18, 20 y 21 del Acuerdo 03 de 1998 de los Estatutos del Hospital y,

CONSIDERANDO:

Que la Profesional en Enfermeria **EDILMA SANCHEZ GUERRA,** identificada con cédula de Ciudadanía 52.501.569 de Bogotá, con fecha de ingreso el día 03 de Septiembre de 2012 por un periodo fijo de un año hasta el día 02 de Septiembre de 2013, fecha en la cual culminaba su Servicio Social Obligatorio al cargo de PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO – ENFERMERO PIC Código 217, Grado 02.

Que mediante la Resolución No. 152 del 20 de Agosto de 2013, se dió continuidad al nombramiento del año de Servicio Social Obligatorio de la Profesional **EDILMA SANCHEZ GUERRA,** a partir del 03 de Septiembre de 2013 hasta el día siguiente de culminada la licencia de maternidad.

Que el Decreto 2865 de 1994 establece la reglamentación respecto a la forma en que las direcciones distritales, seccionales y locales de salud deberán aprobar y renovar las plazas de Servicio Social Obligatorio.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Dar por culminado el año de Servicio Social Obligatorio de la Profesional en Enfermeria **EDILMA SANCHEZ GUERRA,** identificada con cédula de Ciudadanía 52.501.569 de Bogotá a partir del 10 de Agosto de 2014, al Cargo de PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO – ENFERMERO PIC Código 217, Grado 02, de la planta de global del Hospital de Usme I Nivel E.S.E., con una asignación básica mensual de $1.858.868.oo y una prima técnica de ONCE PUNTO CINCO POR CIENTO (11.5%) de la asignación básica.

ARTICULO SEGUNDO: Que el Hospital de Usme cuenta con los recursos presupuestales para cancelar las prestaciones sociales adeudadas al servidor público.

La presente resolución rige a partir del día diez (10) de Agosto de 2014.

Dada en el despacho de la Gerencia del Hospital de Usme a los cuatro (04) días del mes de Agosto de 2014.

COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

BEATRIZ EUGENIA GOMEZ CONSUEGRA
Gerente
HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E.

Elaboró. Dra. Edna Alexandra González Suaza – Coordinadora Gestión de Talento Humano
Revisó Dra. Bibian Rocio Gómez Sánchez – Subgerente Administrativa y Financiera
Aprobó: Dra. Mónica E. González Montes – Jefe Oficina Jurídica

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 *

52501569

Primer Nombre *

EDILMA

Primer Apellido *

SANCHEZ

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-12→10:11:09 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52501569	EDILMA		SANCHEZ	GUERRA	Ver

Información Detallada [CC: 52501569] EDILMA SANCHEZ GUERRA

2018-12-12→10:11:09 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Enfermería	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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 **EDILMA SÁNCHEZ GUERRA** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.501.569, 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 once (11) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Cód. de Prestador 11-00117798-01/2
Tania Salud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
Inmunosalud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

PBX: 211 9289

Cel.: 310 237 1397

SEDE PRINCIPAL
Cra. 15 No. 51-14 Piso 2
Bogotá, D.C.

SEDE RESTREPO
Cra. 17 No. 15-46 Sur Local 305

inmunosalud@outlook.com
www.inmunosalud.com

Cód. de Prestador 11-00117798-01/2
Inmunosalud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
Tania salud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VIGILADO Supersalud

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

NIT: 900.174.865-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 1100117798 01
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 1100117798 02

NOMBRES: Edilma Sanchez Guerra
DOCUMENTO: 52.501.569
TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
INFLUENZA	1ra. DOSIS			
VARICELA	1ra. DOSIS			
NEUMOCOCO	1ra. DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	A34024-03	27 MAY 2016	
	2 DOSIS	1434024 03	20 JUL 2016	
	3 DOSIS	1434025	09 SEP 2016	
	4 DOSIS	1434025-01	23/11/2019	IPS Tania
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			

NOMBRE: Edilma Sanchez Guerra

¡Vacunate!

SERVICIO EFICIENTE Y EFICAZ

Es protección para tu salud y requisito para tu práctica laboral.

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
T. TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
	4 DOSIS			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



Nro. 9418

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 24/11/2017 HORA:1:47:			EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO		
NOMBRES: EDILMA SANCHEZ GUERRA			CEDULA: 52501569		EDAD: 38 GENERO: F
EMPRESA: SUBRED CENTRO ORIENTE			CARGO: ENFERMERA JEFE		TELEFONO: 3102359743 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si	SATISFACTORIO.	Respiratorio	Si	
Espirometria	--		Dermatologia	Si	
Audiometria	--		Osteomuscular	Si	
Visiometria	--		Cardiovascular	Si	REQUIERE REDUCCION PONDERAL.
Optometria	--		Prueba de equilibrio	--	
Electrocardiograma	--		Radiologia Tunel/carpo	--	
Psicologia Laboral	--		Radiologia Columna	--	
Vacunas	--		Radiologia Torax	--	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	--	Parcial de Orina	--	
Glicemia	--	RH-Grupo Sanguineo	--	
Colesterol	--	KOH Uñas	--	
Trigliceridos	--	Frotis Faringeo	--	
Serologia	--	Coprologico	--	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)	--	Segun Res.1409 del 3 de Julio de 2012	
Apto Para el cargo sin Restricciones	Si	Aplazado	--
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	--	No Apto Para Este Cargo	--
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	--		--
Examen PERIODICO Satisfactorio	--	Examen de EGRESO Satisfactorio	--

APTO PARA EL CARGO. ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE. ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIA.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	--
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoración y Manejo en IPS	--
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	--	Dieta - Ejercicio Fisico	Si
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirómetria	--
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	Si		--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el proposito,los beneficios, interpretación y los riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacioneales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas,Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la opertunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información aquí expuesta a persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de loscuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar que he leido y comprendido a la perfecciónlo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. 6970 DE 03/08/2009
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No 52501569 Bogotá

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

Laboratorio - Pruebas - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

Certificación

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

CERTIFICA A:

EDILMA SÁNCHEZ GUERRA

C.C. 52501569

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

El presente se expide a los **Cuatro (4) días del mes de diciembre de 2018**

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

Mónica Adriana Fórez Bonilla
Director Operativo – Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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 :

EDILMA SANCHEZ GUERRA

c.c. :52.501.569

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, a los 31 días del mes de Agosto 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 :

EDILMA SANCHEZ GUERRA

c.c. 52.501.569

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

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

Dado en Bogotá D.C., a los 08 días del mes de Septiembre 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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) EDILMA SANCHEZ GUERRA identificado(a) con cedula ciudadania 52.501.569 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	652

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10545578

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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-XII-2018	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sánchez	Guerra	Edilma	

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	52501569	Bogotá	1997/03/21
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
14/02/79	La Peña	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	2	2	3102359743

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Carrera 13 # 28 d 22 sur	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	3615358

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
edyguerrasanchez1979@gmail.com	e_sanchez_79@hotmail.com	PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ramírez	Suárez	Luis	Enrique

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	1098606295	Bucaramanga	2004/01/15
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD	Colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8692
		ICA	SI ☐	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 ☒	Sub Red Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA									NIT
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒					900991051-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐		
OTRA ☐	CUAL:								

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
dg 39 sur # 3-20	3725610	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Enfermera	FECHA VINCULACION		15-11-2016

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1000000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	2808000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	78000=
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS*	2808000	TOTAL EGRESOS	1000000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	78000=
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 Contratante y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Botero	Avila	Luisa	Fernanda
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cll 90 sur #48-75 este	Bogotá - Cundinamarca	Amiga	3142521544

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta Ahorros	057000048 - 031-7126	Tunal	3300000

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 ☐ OTRA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

• Servicios Prestados como Enfermera Jefe

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

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

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

11. 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 requerirla 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 comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

Scanned by CamScanner

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 - 43, telefono 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 tramite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias 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 biometricos. 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 *(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

cc52501569

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

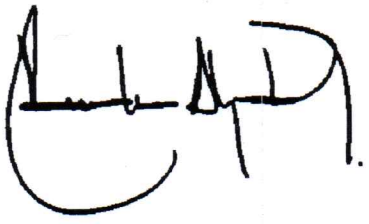
porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **EDILMA SANCHEZ GUERRA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,501,569**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 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

52501569			Seguros Bolívar
Numero de Documento			ARL
Edilma		Sánchez	Guerra
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
14/02/79	La Peña	Cra 13 # 28d 22 sur	No hay
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Compensar	Porvenir	$ 2'808000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Enfermera Jefe			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
edyguerrasanchez1979@gmail.com		3102359743	
Correo Electrónico		Celular	
Firma del Afiliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119146857

WEB
22:24:33

Bogotá DC, 12 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) EDILMA SANCHEZ GUERRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52501569:

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 12 de diciembre de 2018, a las 22:21:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52501569
Código de Verificación	525015691812122221 55

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. 2607875

Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 22:16 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **EDILMA SANCHEZ GUERRA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE** de BOGOTÁ,D.C.

52501569

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_YC5CU_1622
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 22:14:47 horas del 12/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52501569**
Apellidos y Nombres: **SANCHEZ GUERRA EDILMA**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA CERTIFICA

Que EDILMA SANCHEZ con Cédula de Ciudadanía

número 52501569 tiene en el Banco los siguientes productos:

Tipo de Producto	Nro. de Producto	Valor Canje	Fecha Pago Min	Pago Mínimo	Saldo o Cupo Disponible	Saldo o Pago Total
CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO	0570004870377126	$0,00	---	$0,00	$7.311,33	$7.311,33

Es importante aclarar que el saldo de las tarjetas de crédito corresponden al último corte efectuado.

La presente certificación se expide el 2018/12/13 en la ciudad BOGOTA

DAVIVIENDA
0083 - OFICINA BARRIO RESTREPO

FIRMA AUTORIZADA

Banco Davivienda