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

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

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

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:		FECHA		Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO				DOCUMENTO:	
TELEFONO				ACTIVIDAD SOLICITADA:	

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

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

	B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO				
	NECESIDAD DE PERSONAL OPS				
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐		
	C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO				
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI ☐			
2	SOPORTE INSCRIPCION SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☒			
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☒			
4	DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒			
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒	N/A ☐		
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TITULO ACADÉMICO	SI ☒	N/A ☐		
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒	NO ☐		
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☒		
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒	N/A ☐		
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☒	N/A ☐		
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU: _____	SI ☒			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☐		
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☒	N/A ☐		
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒	N/A ☐		
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCION EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐		
18	ANTECEDENTES ETICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☐		
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒	N/A ☐		
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☐			
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 0000/2003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☐	N/A ☐		
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☐		
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citohistologo,Histotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI ☐	N/A ☐		
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐	N/A ☐		
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☐		
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☐		
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☐		
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☐		
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI ☐			
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI ☐			
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI ☐			
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____	SI ☐			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☐			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
V°B° Responsable Talento Humano		Fecha:	
V°B° Dirección Talento Humano		Fecha:	





Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones MARIA CRISTINA OSPINO VILLA,

MARIA CRISTINA OSPINO VILLA con el NIT 1063488270 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

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: 12-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARIA	CRISTINA	OSPINO VILLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1063488270

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 3 MES ENE AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Cesar

CIUDAD Chimichagua

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 14B NUMERO 1-60 SUR INTERIOR 17

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3144652684

EMAIL macri.ospino@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2008
										X	

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: 12-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Santa Clara	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3283105	DIA 17 MES 7 AÑO 2015	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Enfermera profesional	Urgencias	Cra. 14b #1-45 sur, Bogotá

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

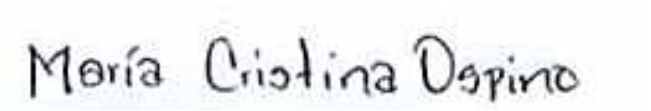
OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	3	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO 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



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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: 12-dic-2018

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

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: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, OSPINO VILLA MARIA CRISTINA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1063488270 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CRA 14B NUMERO 1-60 SUR INTERIOR 17 **Teléfonos** 3126152784 3144652684

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALBERTO OSPINO	0	PADRE
TEMILDA VILLA	0	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 31.200.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 31.200.000,00

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
Banco de Bogota	AHORROS	102661584	Avenida Primera	$ 500.000,00

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

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: 17-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:

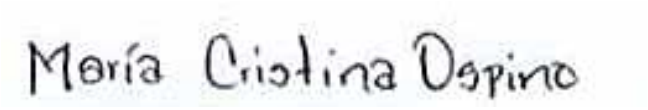
CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
ANDERSON CALEB BORRET CACERES	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	1100894580

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



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO
DE CHIMICHAGUA - CESAR

19 ENE 2015

Como Notario Único del Círculo de Chimichagua - Cesar DOY FE que esta fotocopia coincide en todo con el documento original de donde fue tomado y que he tenido a la vista.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

CONFIERE TÍTULO DE

ENFERMERA

A

MARIA CRISTINA OSPINO VILLA

C.C. Nº.1063488270 DE CHIMICHAGUA (CESAR)

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE VALLEDUPAR A LOS 18 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2014

RECTOR

VICERRECTOR ACADÉMICO

DECANO

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIA GENERAL DE LA U.P.C
ACTA DE GRADO COLECTIVA Nº.321

República de Colombia

Departamento del Cesar

NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO
DE CHIMICHAGUA - CESAR
04 NOV 2014

Institución Educativa

Lorenza Bustamante Medina

De Chimichagua, Corregimiento de Candelaria - Cesar

Aprobado por resolución No. 0276 del 30 de Noviembre de 2004
Emanada de la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento del Cesar

Confiere a:

Maria Crisitina Ospino Villa

Identificado(a) con T.I No. 910103-29154 Chimichagua - Cesar

El Título De:

Bachiller Técnico en Producción Pecuaria

Por razón de haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios de formación integral Correspondiente al nivel de Educación media Técnica según el plan de estudio y programas contemplado en el proyecto Educativo Institucional.

Rector

Coordinador General

Anotado al folio No. _____ del libro de registro No. _____
Diploma No. _____

Dado en Municipio de Chimichagua, Corregimiento de Candelaria (Cesar) a los 06 dias del mes de Diciembre de 2008

"Educación, Trabajo y Progreso"

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE CHIMICHAGUA
CORREGIMIENTO DE CANDELARIA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA LORENZA BUSTAMANTE MEDINA

Sedes: Resolución N°. 001106 de 07 noviembre del 2007
SAN ISIDRO de EL GUAMO, LA ESTACIÓN DE CANDELARIA, DARDANELO N°1, VILLA LUCY, LAS VIUDA
Resolución de Aprobación N°: 279 del 30 Noviembre del 2.004 de la Secretaria de Educación Departamento del Cesar.
DANE. 220175017801. Nit 824002267-8

ACTA DE GRADO 0010

En el Corregimiento de Candelaria del Municipio de Chimichagua, Cesar, a los seis (06) días del mes diciembre del año 2.008, se reunió con el fin de formalizar la ceremonia oficial de graduación de los estudiantes de último grado, el suscrito Rector y Coordinador General de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA LORENZA BUSTAMANTE MEDINA

BACHILLER TECNICO ESPECIALIDAD PECUARIO

En la INSTITUCIÓN EDUCATIVA LORENZA BUSTAMANTE MEDINA, aprobada hasta nueva visita, en los nivel de Educación preescolar, básica primaria, secundaria y Media Técnica, autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y la Secretaria de Educación, Cultura y Deporte del Cesar, para otorgar titulo de bachiller técnico en especialidad pecuaria, según Resolución de Aprobación N°. 0279 del 30 Noviembre del 2.004 de la Secretaría de Educación Departamento del Cesar.

Comprobada la situación legal, académica y en cumplimiento de nuestro objetivo que es la educación integral, propendiendo por el espíritu de la defensa del medio ambiente. Llegamos hacer realidad nuestro lema Educación, Trabajo y Progreso en cada uno de los estudiantes, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media técnica, se procedió a otorgar el título de BACHILLER TECNICO Especialidad. PECUARIO, a los graduandos cuyo orden, nombre, apellido y número de documentación de identificación se relacionan a continuación:

Ospino Villa Maria Cristina
T.I. 910103-29154 Chimichagua - Cesar

Es fiel copia del acta original Número 0010 de fecha seis (06) de diciembre de 2008. Que consta de 42 graduandos, comienza con el nombre AMADOR MONTH WILSON y cierra con el nombre de YEPEZ MEZA MARTIN ALONSO. Firmado y sellado por el Rector, Esp. AYIRIS JOSE ORELLANO PEREZ, representante legal de esta institución educativa y el Esp. JULIO CESAR RAMIREZ MARTINEZ Coordinador General.

En constancia se firma la presente acta, sin borrones ni enmendaduras. Dado en el Corregimiento de Candelaria, Municipio de Chimichagua, Cesar, a los seis (6) días del mes diciembre del año 2.008.

Esp. AYIRIS JOSE ORELLANO PEREZ, Esp. JULIO CESAR RAMIREZ MARTINEZ

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

CREADA POR LA LEY 34 DEL 19 DE NOVIEMBRE DE 1976

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR, compulsa a continuación copia del **ACTA DE GRADO Nº.321** correspondiente al **DIECIOCHO (18) DE DICIEMBRE DE DOS MIL CATORCE (2014).**

ACTA DE GRADO

En Valledupar Departamento del Cesar, EL **DIECIOCHO (18) DE DICIEMBRE DE DOS MIL CATORCE (2014)**, se llevó a cabo el Acto de Grado presidido por el Rector de la Universidad, Doctor **JESUALDO HERNÁNDEZ MIELES,** en el cual la Universidad Popular del Cesar, autoriza para el efecto según código SNIES: **Nº1706** del Ministerio de Educación Nacional, conferir el Título de **ENFERMERA**

A

OSPINO VILLA MARIA CRISTINA

Identificado(a) con la cédula de ciudadanía **Nº.1063488270** expedida en **CHIMICHAGUA (CESAR),** quien cumplió con los requisitos académicos que los reglamentos y normas legales exigen para tal fin, y se le otorgó el **DIPLOMA Nº.15397.**

El Rector	**Fdo. JESUALDO HERNÁNDEZ MIELES**
El Decano de la Facultad	**Fdo. NANCY ESTHER HERNÁNDEZ SALAS**
El Secretario General	**Fdo. IVÁN JESÚS MORÓN CUELLO**

Es fiel copia tomada del Acta Colectiva, en lo pertinente.

Se expide la presente constancia en la ciudad de Valledupar, el **DIECIOCHO (18) DE DICIEMBRE DE DOS MIL CATORCE (2014)**.

IVÁN JESÚS MORÓN CUELLO
Secretario General

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

MARIA CRISTINA OSPINO VILLA

C.C. 1.063.488.270

ASISTIO AL TALLER DE:

"ARRITMIAS CARDIACAS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA), EL DÍA 05 DE JULIO DE 2015

DURACION 08 HORAS

TEMARIO: TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN, ARRITMIAS SUPRA VENTRICULARES, ARRITMIAS VENTRICULARES

Según Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS–ACLS , CORAT.

FECHA DE RENOVACION JULIO 2017 Cel.3107451759

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA

DR. CARLOS CARDONA SANMIGUEL MD.
MEDICO RM 3387/13
COORDINADOR MEDICO
ENTRENADOR BLS-ACLS (AHA)
CIE, CORAT ANFIBIO

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS LICENCIA No. 4461 DEL 29 DE ABRIL DE 2011 PARA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN DE SEGURIDAD HUMANA

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MARIA CRISTINA OSPINO

C.C.: 1063488270

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Marina Yolanda Ruiz Martínez
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

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

Centro Oriente E.S.E

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Universidad
Popular del Cesar

ACOFAEN
Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería

Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería

Universidad Popular del Cesar

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Enfermeria

CERTIFICAN QUE:

Ospino Villa Maria Cristina

Asistió al XIV **Seminario Nacional de Ética "El Ambiente Ético del Cuidado de Enfermería y Simposio de Investigaciones en Ética y Bioética,** realizados durante los días 31 de Mayo y 01 de Junio 2012 , en la ciudad de Valledupar.

Myriam Durán Parra
Presidenta
ACOFAEN

Nancy Esther Hernández Salas
Decana Facultad Ciencias de la Salud
Universidad Popular del Cesar

Doris Marina Cerchiaro
Directora Programa
Universidad Popular del Cesar

El Hospital Santa Clara

certifica que

CRISTINA OSPINO

ha participado en la

Actualización y Taller
de fortalecimiento en la seguridad del paciente
"Buenas Prácticas para el uso del sistema libre de agujas"

Celebrado en Bogotá D.C, el día 19 de Enero 2016, con una intensidad horaria de 2 horas

Baxter

ADRIANA MILENA BEDOYA CONDE
Referente de Seguridad del Paciente

DIANA MEJIA GUERREO
Especialista Línea Terapia de Fluidos

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	**Código** EGT-FT-656	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** 02 **Fecha:** 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Onuersidad Popular del Cesar

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Mª Cristina Ospino Villa, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE,** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Enfermera

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: MªCospino

No. de documento: 1063488270

Tarjeta profesional No.: 1063488270

Dirección de contacto: Cl 14B N° 1-60 Sds Int 17

Teléfono: 3144652684

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.063.488.270

OSPINO VILLA

APELLIDOS

MARIA CRISTINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1991

CHIMICHAGUA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

27-ENE-2009 CHIMICHAGUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1230000-00233255-F-1063488270-20100412 0021966444A 2 26127054

DIAN

Formulario de Registro Único Tributario

Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14352612116

(415)7707224899384(8020) 000001435261211 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 6 3 4 8 8 2 7 0 — 6. DV: 7

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida: 2	Cédula de ciudadanía: 1 3	1 0 6 3 4 8 8 2 7 0	2 0 0 9 0 1 2 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cesar 2 0	Chimichagua 1 7 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSPINO	VILLA	MARIA	CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial — 37. Sigla

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 43 SUR 12 59

42. Correo electrónico	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
macri.ospino@gmail.com		3 1 5 2 2 3 8 8 7 0	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código:	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 4 1 2 0 1	8 2 9 9	2 0 1 5 0 9 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

DOCUMENTO NO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 5 0 9 3 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponda exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 19 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del suscriptor:

M C Ospino

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

964. Nombre: ALVAREZ LAZARO SHAULA ESTEFANIA

965. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 30-09-2015 08:10:30 AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 30-09-2015
Hora: 9:25:33 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1063488270-7 MARIA CRISTINA OSPINO VILLA

Información General

Dirección CL 43 SUR 12 59

Teléfonos 3152238870

Dirección electrónica macri.ospino@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 30/09/2015

Soporte Inscripción 16985266

Fecha Inicio Actividades 30/09/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

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

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000157473

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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


ANEC
REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC
NOMBRES MARIA CRISTINA
APELLIDOS OSPINO VILLA
C.C. 1.063.488.270 CHIMICHAGUA
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
RUN No. 43661
Fecha de Expedición 19/JUINIO/2015

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MARIA CRISTINA
OSPINO VILLA

C.C. 1063488270

ENFERMERO(A)

Expedicion 16/07/2015

No. 43996

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

RESOLUCION No 43661 de JUNIO 19 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, MARIA CRISTINA OSPINO VILLA Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 1.063.488.270, expedida en CHIMICHAGUA, 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 615 del 19 de JUNIO de 2015.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer la calidad de Profesional de Enfermería a MARIA CRISTINA OSPINO VILLA, egresada(o) de la UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR de VALLEDUPAR, el 18 del mes DICIEMBRE de 2.014, para lo cual se expide el Registro y Tarjeta Profesional No. 43661, 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 19 días del mes de JUNIO de 2015.

CAROLINA PRADA MORENO
Registradora Nacional ANEC


ReTHUS
A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
1063488270
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **MARÍA CRISTINA OSPINO VILLA** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.063.488.270, 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 trece (13) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Instituto Nacional de Salud

Certificado de vacunación del Adulto

Nombres: Mª Cristina
Apellidos: Ospino Villa
Documento de identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 1063488270
Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 01 Año 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	14-03-13	024B10070	Maritza B.
	2	15-04-13	024B10070	Gloria M.
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	16-03-13	lalifese 13005	Susana G.
	2	19-08-13	UVA 1008	Janelin V.
	3	29-04-15	BC238-1	Lisa Ruiz

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	14-03-13	AS412	01 2008 2005	Maritza B.
Contra Influenza	05-05-14	B31005		Diana E.
Otras				

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: MARIA CRISTINA
Apellidos: OSPINO VILLA
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1063488270
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	4-08/16	0042N7166A1	550
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	24-03-13		
	2	15-05-13		
	3	4-08/16	2215015-168	5/4 550
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Maria Cristina

Apellidos: Ospino

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1063488270

Fecha de Nacimiento: Día 03 Mes 01 Año 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		9-05 2018	capa diag	
		Lot 05021800G	olga mana	
Virus de Papiloma Humano				

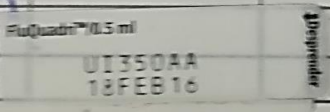
Certificado de Vacunación

Institución: Hospital santa clara

Nombre: Maria Cristina Ospino

Identificación: 1063488270 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Fluadry				Laura G



Cortesía de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B		23-11-17	B2318-3	Esteo M.

CO.COL130917

CLISUR

MEDICINA GENERAL LABORATORIO CLINICO
FONOAUDIOLOGIA FISIOTERAPIA
ODONTOLOGIA VACUNACION

FECHA 17/Dic/2018

NOMBRE MARIA CRISTINA OSPINO

CEDULA 1063988270 (CESAR) EDAD 27 AÑOS (F)

R/. SE Encuentra En Buenas condiciones Generales, no padece Enfermedad Infecto contagiosa Actual y por lo tanto puede vivir En comunidad

cuello = normal
vision = 20/20
audicion = normal
corazon = normal
pulmonel = normal
Abdomen = normal
Extremidades = normal
SNC = Sin defectos aparentes

OSCAR E.
Md. - Cirujano
U. Ca...

CARRERA 21 Nº22-30 SUR PISO 2 BARRIO OLAYA
TELEFONO 3727407

PTE SANO

Scanned by CamScanner

EDUCANDO

LIFE SUPPORT NIT 900832159-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CRISTINA OSPINO VILLA

C.C. 1063488270

ASISTIO Y APROBO a satisfacción el curso Teórico Práctico de **SOPORTE VITAL AVANZADO Y BÁSICO.** Con una intensidad de 40 Horas, conforme a lo estipulado en la Resolución 2003 de 2014. y las Guías **AHA** 2015. para ADVANCE CARDIOLOGY LIFE SUPPORT.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 2888/07, Min Educación, Resolución 2003/14 Min. Protección
Esta certificación tiene una validez de 2 Años. a partir de la fecha de expedición, según la ley Colombiana, y se expide en Bogotá 18 de julio de 2017.

JUAN PABLO AVELLA FRENCH
GERENTE EDUCANDO LIFE SUPPORT

EDUCANDO

LIFE SUPPORT NIT 900832159-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CRISTINA OSPINO VILLA

C.C. 1063488270

ASISTIO Y APROBO a satisfacción el curso Teórico Práctico de **SOPORTE VITAL AVANZADO Y BÁSICO.** Con una intensidad de 40 Horas, conforme a lo estipulado en la Resolución 2003 de 2014. y las Guías **AHA** 2015. para ADVANCE CARDIOLOGY LIFE SUPPORT.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 2888/07, Min Educación, Resolución 2003/14 Min. Protección
Esta certificación tiene una validez de 2 Años. a partir de la fecha de expedición, según la ley Colombiana, y se expide en Bogotá 18 de julio de 2017.

JUAN PABLO AVELLA FRENCH
GERENTE EDUCANDO LIFE SUPPORT

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

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

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

DO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	Dic	2018	**CIUDAD:**	BOGOTA	**DEPARTAMENTO:**	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR		**PARTICULAR**		**CONTRATISTA OPS**	X	**SERVIDOR PUBLICO**		**OTRO**		**CUAL:**	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**		
OSPINO	**VILLA**	**MARIA**	**CRISTINA**		

TIPO DE IDENTIFICACION				**No IDENTIFICACION**	**LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1063488270	CHIMICHAGUA/CESAR	2009-01-27
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? **SI** X	**NO**	

FECHA NACIMIENTO:	**LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)**	**PAIS NACIMIENTO**	**NACIONALIDAD:**
2009-01-03	CHINICHAGUA/CESAR	**COLOMBIA**	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	**PERSONA A CARGO**	**NUMERO DE HIJOS**	**TELEFONO CELULAR**
SOLTERO(A) LIBRE VIUDO(A) CASADO(A) X DIVORCIADO(A) UNION	0	0	3144652684

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

DIRECCION RESIDENCIA:	**CIUDAD RESIDENCIA**	**DEPARTAMENTO:**	**PAIS RESIDENCIA:**	**TELEFONO RESIDENCIA**
CR 14B #1-60 SUR	**BOGOTA**	**CUNDINAMARCA**	**COLOMBIA**	**3144652684**

CORREO ELECTRONICO:	**PORTAL O PAGINA INTERNET**	**TIPO DE VIVIENDA**		
macri.ospino@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**
BORRET	**CACERES**	**ANDERSON**	**CALEB**

TIPO DE IDENTIFICACION				**NUMERO IDENTIFICACION**	**LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1100894580	RIONEGRO SANTANDER	2012-07-30	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: **SI** X	**NO**	NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIA	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO		
DO SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIAN	EMPLEADO		**CUAL:**
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO	TE	PUBLICO OTRA.		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**					**CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA**	
	SI		**IVA**	**SI**	**NO** X	8692	
	NO X		**ICA**	**SI**	**NO** X	**PRINCIPAL:**	**SECUNDARIA:**

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO X	SI ☐ NO X	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT	
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS X	SALUD ☐			1063488270-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CR 15# 1-59 SUR	2464606	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERA	FECHA VINCULACION	2015-07-17

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	2,400,000	GASTOS FAMILIARES	$ 400	AHORROS	$ 200	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 900	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 900
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	**$ 0**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.300**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 200**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 900**

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
SILVERA	CERINZA	JUAN ALFREDO	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cll 168 # 9/60	BOGOTA/CUNDINAMARCA	AMIGO	3506241784

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORRO	102-66158-4	CALLE 1	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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.):

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal 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

María Cristina Ospino

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:		

Bogotá, Diciembre 11 de 2018

Señora:
OSPINO VILLA MARIA CRISTINA
CC. 1063488270 CR 14 B NRO 1 60 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 9 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
OSPINO VILLA MARIA CRISTINA	1063488270	C	Dic-9-2016	95	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
MARIA CRISTINA OSPINO VILLA	1063488270	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

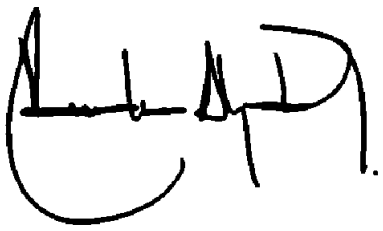
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro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

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARIA CRISTINA OSPINO VILLA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,063,488,270**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes


CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR
Por favor ingrese la información solicitada.
* Campos obligatorios
La persona identificada con CC-1063488270 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar
Tipo de Documento *
Número de Documento *
ce7xh
Confirmar imagen *
CONSULTAR

arl

SEGUROS BOLÍVAR

AFILIADO INDEPENDIENTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

NOMBRE MARIA CRISTINA OSPINO VILLA

CÉDULA 1,063,488,270 30

EMPRESA CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVIC

NIT DE LA EMPRESA 900,959,05

Nº DE CONTRATO 1505-6669094-01

VIGENCIA DESDE 01/09/2016



AT-036 (Dis. Feb. 2013)

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1063488230	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Maria	Cristina	OSPINO	Villa
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

03-01-1991	Chimichagua-Cesar	Cra 14B #1-60 sur	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Salud total	Porvenir	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

maria.dspino@gmail.com	3144652684
Correo Electrónico	Celular

Maria Cristina Ospino	Nini Johanna Ariza ENFERMERA JEFE PUBLICA CC 63.543.901
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato

CC

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119080807

WEB
18:56:27

Bogotá DC, 11 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) MARIA CRISTINA OSPINO VILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1063488270:

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 martes 11 de diciembre de 2018, a las 18:54:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1063488270
Código de Verificación	1063488270181211185443

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2604201

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2018 - 18:58 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) **MARIA CRISTINA OSPINO VILLA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL SESENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA** de CHIMICHAGUA

1063488270

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_A7ZHB_5818
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 18:59:49 horas del 11/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1063488270**
Apellidos y Nombres: **OSPINO VILLA MARIA CRISTINA**

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

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

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

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

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm 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.

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA

Que la persona MARIA CRISTINA OSPINO identificado(a) con CC 1063488270 está vinculada al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No.102661584 desde 27 de julio de 2015, este producto se encuentra vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 13 de noviembre de 2017, a solicitud del interesado, con destino a quien le interese.

Atentamente,

Elcy Proaños
Gerencia de Soporte Postventa
Banco de Bogota



Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones MARIA CRISTINA OSPINO VILLA,

MARIA CRISTINA OSPINO VILLA con el NIT 1063488270 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

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: 12-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARIA	CRISTINA	OSPINO VILLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1063488270

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 3 MES ENE AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Cesar

CIUDAD Chimichagua

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 14B NUMERO 1-60 SUR INTERIOR 17

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3144652684

EMAIL macri.ospino@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2008
										X	

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: 12-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Santa Clara	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3283105	DIA 17 MES 7 AÑO 2015	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Enfermera profesional	Urgencias	Cra. 14b #1-45 sur, Bogotá

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

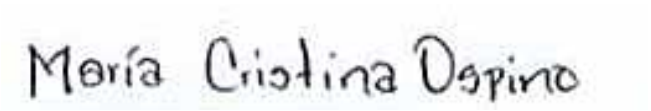
OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	3	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO 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



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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: 12-dic-2018

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

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: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, OSPINO VILLA MARIA CRISTINA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1063488270 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CRA 14B NUMERO 1-60 SUR INTERIOR 17 **Teléfonos** 3126152784 3144652684

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALBERTO OSPINO	0	PADRE
TEMILDA VILLA	0	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 31.200.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 31.200.000,00

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
Banco de Bogota	AHORROS	102661584	Avenida Primera	$ 500.000,00

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

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: 17-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:

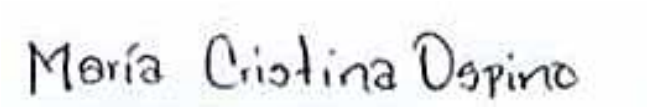
CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
ANDERSON CALEB BORRET CACERES	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	1100894580

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



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO
DE CHIMICHAGUA - CESAR

19 ENE 2015

Como Notario Único del Círculo de Chimichagua - Cesar DOY FE que esta fotocopia coincide en todo con el documento original de donde fue tomado y que he tenido a la vista.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

CONFIERE TÍTULO DE

ENFERMERA

A

MARIA CRISTINA OSPINO VILLA

C.C. Nº.1063488270 DE CHIMICHAGUA (CESAR)

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE VALLEDUPAR A LOS 18 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2014

RECTOR

VICERRECTOR ACADÉMICO

DECANO

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIA GENERAL DE LA U.P.C
ACTA DE GRADO COLECTIVA Nº.321

República de Colombia

Departamento del Cesar

NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO
DE CHIMICHAGUA - CESAR
04 NOV 2014

Institución Educativa

Lorenza Bustamante Medina

De Chimichagua, Corregimiento de Candelaria - Cesar

Aprobado por resolución No. 0276 del 30 de Noviembre de 2004
Emanada de la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento del Cesar

Confiere a:

Maria Crisitina Ospino Villa

Identificado(a) con T.I No. 910103-29154 Chimichagua - Cesar

El Título De:

Bachiller Técnico en Producción Pecuaria

Por razón de haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios de formación integral Correspondiente al nivel de Educación media Técnica según el plan de estudio y programas contemplado en el proyecto Educativo Institucional.

Rector

Coordinador General

Anotado al folio No. _____ del libro de registro No. _____
Diploma No. _____

Dado en Municipio de Chimichagua, Corregimiento de Candelaria (Cesar) a los 06 dias del mes de Diciembre de 2008

"Educación, Trabajo y Progreso"

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE CHIMICHAGUA
CORREGIMIENTO DE CANDELARIA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA LORENZA BUSTAMANTE MEDINA

Sedes: Resolución N°. 001106 de 07 noviembre del 2007
SAN ISIDRO de EL GUAMO, LA ESTACIÓN DE CANDELARIA, DARDANELO N°1, VILLA LUCY, LAS VIUDA
Resolución de Aprobación N°: 279 del 30 Noviembre del 2.004 de la Secretaria de Educación Departamento del Cesar.
DANE. 220175017801. Nit 824002267-8

ACTA DE GRADO 0010

En el Corregimiento de Candelaria del Municipio de Chimichagua, Cesar, a los seis (06) días del mes diciembre del año 2.008, se reunió con el fin de formalizar la ceremonia oficial de graduación de los estudiantes de último grado, el suscrito Rector y Coordinador General de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA LORENZA BUSTAMANTE MEDINA

BACHILLER TECNICO ESPECIALIDAD PECUARIO

En la INSTITUCIÓN EDUCATIVA LORENZA BUSTAMANTE MEDINA, aprobada hasta nueva visita, en los nivel de Educación preescolar, básica primaria, secundaria y Media Técnica, autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y la Secretaria de Educación, Cultura y Deporte del Cesar, para otorgar titulo de bachiller técnico en especialidad pecuaria, según Resolución de Aprobación N°. 0279 del 30 Noviembre del 2.004 de la Secretaría de Educación Departamento del Cesar.

Comprobada la situación legal, académica y en cumplimiento de nuestro objetivo que es la educación integral, propendiendo por el espíritu de la defensa del medio ambiente. Llegamos hacer realidad nuestro lema Educación, Trabajo y Progreso en cada uno de los estudiantes, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media técnica, se procedió a otorgar el título de BACHILLER TECNICO Especialidad. PECUARIO, a los graduandos cuyo orden, nombre, apellido y número de documentación de identificación se relacionan a continuación:

Ospino Villa Maria Cristina
T.I. 910103-29154 Chimichagua - Cesar

Es fiel copia del acta original Número 0010 de fecha seis (06) de diciembre de 2008. Que consta de 42 graduandos, comienza con el nombre AMADOR MONTH WILSON y cierra con el nombre de YEPEZ MEZA MARTIN ALONSO. Firmado y sellado por el Rector, Esp. AYIRIS JOSE ORELLANO PEREZ, representante legal de esta institución educativa y el Esp. JULIO CESAR RAMIREZ MARTINEZ Coordinador General.

En constancia se firma la presente acta, sin borrones ni enmendaduras. Dado en el Corregimiento de Candelaria, Municipio de Chimichagua, Cesar, a los seis (6) días del mes diciembre del año 2.008.

Esp. AYIRIS JOSE ORELLANO PEREZ, Esp. JULIO CESAR RAMIREZ MARTINEZ

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

CREADA POR LA LEY 34 DEL 19 DE NOVIEMBRE DE 1976

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR, compulsa a continuación copia del **ACTA DE GRADO Nº.321** correspondiente al **DIECIOCHO (18) DE DICIEMBRE DE DOS MIL CATORCE (2014).**

ACTA DE GRADO

En Valledupar Departamento del Cesar, EL **DIECIOCHO (18) DE DICIEMBRE DE DOS MIL CATORCE (2014)**, se llevó a cabo el Acto de Grado presidido por el Rector de la Universidad, Doctor **JESUALDO HERNÁNDEZ MIELES,** en el cual la Universidad Popular del Cesar, autoriza para el efecto según código SNIES: **Nº1706** del Ministerio de Educación Nacional, conferir el Título de **ENFERMERA**

A

OSPINO VILLA MARIA CRISTINA

Identificado(a) con la cédula de ciudadanía **Nº.1063488270** expedida en **CHIMICHAGUA (CESAR),** quien cumplió con los requisitos académicos que los reglamentos y normas legales exigen para tal fin, y se le otorgó el **DIPLOMA Nº.15397.**

El Rector	**Fdo. JESUALDO HERNÁNDEZ MIELES**
El Decano de la Facultad	**Fdo. NANCY ESTHER HERNÁNDEZ SALAS**
El Secretario General	**Fdo. IVÁN JESÚS MORÓN CUELLO**

Es fiel copia tomada del Acta Colectiva, en lo pertinente.

Se expide la presente constancia en la ciudad de Valledupar, el **DIECIOCHO (18) DE DICIEMBRE DE DOS MIL CATORCE (2014)**.

IVÁN JESÚS MORÓN CUELLO
Secretario General

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

MARIA CRISTINA OSPINO VILLA

C.C. 1.063.488.270

ASISTIO AL TALLER DE:

"ARRITMIAS CARDIACAS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA), EL DÍA 05 DE JULIO DE 2015

DURACION 08 HORAS

TEMARIO: TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN, ARRITMIAS SUPRA VENTRICULARES, ARRITMIAS VENTRICULARES

Según Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS–ACLS , CORAT.

FECHA DE RENOVACION JULIO 2017 Cel.3107451759

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA

DR. CARLOS CARDONA SANMIGUEL MD.
MEDICO RM 3387/13
COORDINADOR MEDICO
ENTRENADOR BLS-ACLS (AHA)
CIE, CORAT ANFIBIO

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS LICENCIA No. 4461 DEL 29 DE ABRIL DE 2011 PARA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN DE SEGURIDAD HUMANA

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MARIA CRISTINA OSPINO

C.C.: 1063488270

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Marina Yolanda Ruiz Martínez
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

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

Centro Oriente E.S.E

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Universidad
Popular del Cesar

ACOFAEN
Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería

Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería

Universidad Popular del Cesar

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Enfermeria

CERTIFICAN QUE:

Ospino Villa Maria Cristina

Asistió al XIV **Seminario Nacional de Ética "El Ambiente Ético del Cuidado de Enfermería y Simposio de Investigaciones en Ética y Bioética,** realizados durante los días 31 de Mayo y 01 de Junio 2012 , en la ciudad de Valledupar.

Myriam Durán Parra
Presidenta
ACOFAEN

Nancy Esther Hernández Salas
Decana Facultad Ciencias de la Salud
Universidad Popular del Cesar

Doris Marina Cerchiaro
Directora Programa
Universidad Popular del Cesar

El Hospital Santa Clara

certifica que

CRISTINA OSPINO

ha participado en la

Actualización y Taller
de fortalecimiento en la seguridad del paciente
"Buenas Prácticas para el uso del sistema libre de agujas"

Celebrado en Bogotá D.C, el día 19 de Enero 2016, con una intensidad horaria de 2 horas

Baxter

ADRIANA MILENA BEDOYA CONDE
Referente de Seguridad del Paciente

DIANA MEJIA GUERREO
Especialista Línea Terapia de Fluidos

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	**Código** EGT-FT-656	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** 02 **Fecha:** 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Onuersidad Popular del Cesar

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Mª Cristina Ospino Villa, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE,** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Enfermera

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: MªCospino

No. de documento: 1063488270

Tarjeta profesional No.: 1063488270

Dirección de contacto: Cl 14B N° 1-60 Sds Int 17

Teléfono: 3144652684

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.063.488.270

OSPINO VILLA

APELLIDOS

MARIA CRISTINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1991

CHIMICHAGUA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

27-ENE-2009 CHIMICHAGUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1230000-00233255-F-1063488270-20100412 0021966444A 2 26127054

DIAN

Formulario de Registro Único Tributario

Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14352612116

(415)7707224899384(8020) 000001435261211 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 6 3 4 8 8 2 7 0 — 6. DV: 7

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida: 2	Cédula de ciudadanía: 1 3	1 0 6 3 4 8 8 2 7 0	2 0 0 9 0 1 2 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cesar 2 0	Chimichagua 1 7 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSPINO	VILLA	MARIA	CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial — 37. Sigla

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 43 SUR 12 59

42. Correo electrónico	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
macri.ospino@gmail.com		3 1 5 2 2 3 8 8 7 0	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código:	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 4 1 2 0 1	8 2 9 9	2 0 1 5 0 9 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

DOCUMENTO NO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 5 0 9 3 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponda exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 19 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del suscriptor:

M C Ospino

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

964. Nombre: ALVAREZ LAZARO SHAULA ESTEFANIA

965. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 30-09-2015 08:10:30 AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 30-09-2015
Hora: 9:25:33 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1063488270-7 MARIA CRISTINA OSPINO VILLA

Información General

Dirección CL 43 SUR 12 59

Teléfonos 3152238870

Dirección electrónica macri.ospino@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 30/09/2015

Soporte Inscripción 16985266

Fecha Inicio Actividades 30/09/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

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

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000157473

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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


ANEC
REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC
NOMBRES MARIA CRISTINA
APELLIDOS OSPINO VILLA
C.C. 1.063.488.270 CHIMICHAGUA
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
RUN No. 43661
Fecha de Expedición 19/JUINIO/2015

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MARIA CRISTINA
OSPINO VILLA

C.C. 1063488270

ENFERMERO(A)

Expedicion 16/07/2015

No. 43996

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

RESOLUCION No 43661 de JUNIO 19 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, MARIA CRISTINA OSPINO VILLA Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 1.063.488.270, expedida en CHIMICHAGUA, 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 615 del 19 de JUNIO de 2015.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer la calidad de Profesional de Enfermería a MARIA CRISTINA OSPINO VILLA, egresada(o) de la UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR de VALLEDUPAR, el 18 del mes DICIEMBRE de 2.014, para lo cual se expide el Registro y Tarjeta Profesional No. 43661, 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 19 días del mes de JUNIO de 2015.

CAROLINA PRADA MORENO
Registradora Nacional ANEC


ReTHUS
A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
1063488270
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **MARÍA CRISTINA OSPINO VILLA** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.063.488.270, 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 trece (13) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Instituto Nacional de Salud

Certificado de vacunación del Adulto

Nombres: Mª Cristina
Apellidos: Ospino Villa
Documento de identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 1063488270
Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 01 Año 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	14-03-13	024B10070	Maritza B.
	2	15-04-13	024B10070	Gloria M.
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	16-03-13	lalifese 13005	Susana G.
	2	19-08-13	UVA 1008	Janelin V.
	3	29-04-15	BC238-1	Lisa Ruiz

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	14-03-13	AS412	01 2008 2005	Maritza B.
Contra Influenza	05-05-14	B31005		Diana E.
Otras				

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: MARIA CRISTINA
Apellidos: OSPINO VILLA
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1063488270
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	4-08/16	0042N7166A1	550
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	24-03-13		
	2	15-05-13		
	3	4-08/16	2215015-168	5/4 550
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Maria Cristina

Apellidos: Ospino

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1063488270

Fecha de Nacimiento: Día 03 Mes 01 Año 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		9-05 2018	capa diag	
		Lot 05021800G	olga mana	
Virus de Papiloma Humano				

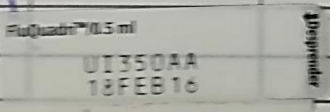
Certificado de Vacunación

Institución: Hospital santa clara

Nombre: Maria Cristina Ospino

Identificación: 1063488270 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Fluadry				Laura G



Cortesía de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B		23-11-17	B2318-3	Esteo M.

CO.COL130917

CLISUR

MEDICINA GENERAL LABORATORIO CLINICO
FONOAUDIOLOGIA FISIOTERAPIA
ODONTOLOGIA VACUNACION

FECHA 17/Dic/2018

NOMBRE MARIA CRISTINA OSPINO

CEDULA 1063988270 (CESAR) EDAD 27 AÑOS (F)

R/. SE Encuentra En Buenas condiciones Generales, no padece Enfermedad Infecto contagiosa Actual y por lo tanto puede vivir En comunidad

cuello = normal
vision = 20/20
audicion = normal
corazon = normal
pulmonel = normal
Abdomen = normal
Extremidades = normal
SNC = Sin defectos aparentes

OSCAR E.
Md. - Cirujano
U. Ca...

CARRERA 21 Nº22-30 SUR PISO 2 BARRIO OLAYA
TELEFONO 3727407

PTE SANO

Scanned by CamScanner

EDUCANDO

LIFE SUPPORT NIT 900832159-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CRISTINA OSPINO VILLA

C.C. 1063488270

ASISTIO Y APROBO a satisfacción el curso Teórico Práctico de **SOPORTE VITAL AVANZADO Y BÁSICO.** Con una intensidad de 40 Horas, conforme a lo estipulado en la Resolución 2003 de 2014. y las Guías **AHA** 2015. para ADVANCE CARDIOLOGY LIFE SUPPORT.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 2888/07, Min Educación, Resolución 2003/14 Min. Protección
Esta certificación tiene una validez de 2 Años. a partir de la fecha de expedición, según la ley Colombiana, y se expide en Bogotá 18 de julio de 2017.

JUAN PABLO AVELLA FRENCH
GERENTE EDUCANDO LIFE SUPPORT

EDUCANDO

LIFE SUPPORT NIT 900832159-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CRISTINA OSPINO VILLA

C.C. 1063488270

ASISTIO Y APROBO a satisfacción el curso Teórico Práctico de **SOPORTE VITAL AVANZADO Y BÁSICO.** Con una intensidad de 40 Horas, conforme a lo estipulado en la Resolución 2003 de 2014. y las Guías **AHA** 2015. para ADVANCE CARDIOLOGY LIFE SUPPORT.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 2888/07, Min Educación, Resolución 2003/14 Min. Protección
Esta certificación tiene una validez de 2 Años. a partir de la fecha de expedición, según la ley Colombiana, y se expide en Bogotá 18 de julio de 2017.

JUAN PABLO AVELLA FRENCH
GERENTE EDUCANDO LIFE SUPPORT

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

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

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

DO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	Dic	2018	**CIUDAD:**	BOGOTA	**DEPARTAMENTO:**	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR		**PARTICULAR**		**CONTRATISTA OPS**	X	**SERVIDOR PUBLICO**		**OTRO**		**CUAL:**	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**		
OSPINO	**VILLA**	**MARIA**	**CRISTINA**		

TIPO DE IDENTIFICACION				**No IDENTIFICACION**	**LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1063488270	CHIMICHAGUA/CESAR	2009-01-27
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? **SI** X	**NO**	

FECHA NACIMIENTO:	**LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)**	**PAIS NACIMIENTO**	**NACIONALIDAD:**
2009-01-03	CHINICHAGUA/CESAR	**COLOMBIA**	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	**PERSONA A CARGO**	**NUMERO DE HIJOS**	**TELEFONO CELULAR**
SOLTERO(A) LIBRE VIUDO(A) CASADO(A) X DIVORCIADO(A) UNION	0	0	3144652684

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

DIRECCION RESIDENCIA:	**CIUDAD RESIDENCIA**	**DEPARTAMENTO:**	**PAIS RESIDENCIA:**	**TELEFONO RESIDENCIA**
CR 14B #1-60 SUR	**BOGOTA**	**CUNDINAMARCA**	**COLOMBIA**	**3144652684**

CORREO ELECTRONICO:	**PORTAL O PAGINA INTERNET**	**TIPO DE VIVIENDA**		
macri.ospino@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**
BORRET	**CACERES**	**ANDERSON**	**CALEB**

TIPO DE IDENTIFICACION				**NUMERO IDENTIFICACION**	**LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1100894580	RIONEGRO SANTANDER	2012-07-30	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: **SI** X	**NO**	NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIA	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO		
DO SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIAN	EMPLEADO		**CUAL:**
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO	TE	PUBLICO OTRA.		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**					**CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA**	
	SI		**IVA**	**SI**	**NO** X	8692	
	NO X		**ICA**	**SI**	**NO** X	**PRINCIPAL:**	**SECUNDARIA:**

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO X	SI ☐ NO X	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT	
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS X	SALUD ☐			1063488270-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CR 15# 1-59 SUR	2464606	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERA	FECHA VINCULACION	2015-07-17

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	2,400,000	GASTOS FAMILIARES	$ 400	AHORROS	$ 200	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 900	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 900
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	**$ 0**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.300**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 200**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 900**

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
SILVERA	CERINZA	JUAN ALFREDO	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cll 168 # 9/60	BOGOTA/CUNDINAMARCA	AMIGO	3506241784

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORRO	102-66158-4	CALLE 1	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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.):

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal 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

María Cristina Ospino

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:		

Bogotá, Diciembre 11 de 2018

Señora:
OSPINO VILLA MARIA CRISTINA
CC. 1063488270 CR 14 B NRO 1 60 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 9 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
OSPINO VILLA MARIA CRISTINA	1063488270	C	Dic-9-2016	95	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
MARIA CRISTINA OSPINO VILLA	1063488270	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

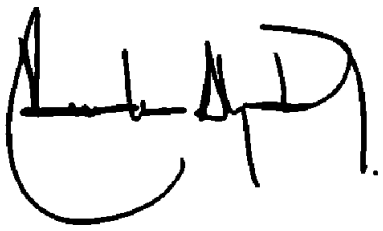
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro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

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARIA CRISTINA OSPINO VILLA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,063,488,270**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes


CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR
Por favor ingrese la información solicitada.
* Campos obligatorios
La persona identificada con CC-1063488270 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar
Tipo de Documento *
Número de Documento *
ce7xh
Confirmar imagen *
CONSULTAR

arl

SEGUROS BOLÍVAR

AFILIADO INDEPENDIENTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

NOMBRE MARIA CRISTINA OSPINO VILLA

CÉDULA 1,063,488,270 30

EMPRESA CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVIC

NIT DE LA EMPRESA 900,959,05

Nº DE CONTRATO 1505-6669094-01

VIGENCIA DESDE 01/09/2016



AT-036 (Dis. Feb. 2013)

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1063488230	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Maria	Cristina	OSPINO	Villa
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

03-01-1991	Chimichagua-Cesar	Cra 14B #1-60 sur	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Salud total	Porvenir	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

maria.dspino@gmail.com	3144652684
Correo Electrónico	Celular

Maria Cristina Ospino	Nini Johanna Ariza ENFERMERA JEFE PUBLICA CC 63.543.901
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato

CC

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119080807

WEB
18:56:27

Bogotá DC, 11 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) MARIA CRISTINA OSPINO VILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1063488270:

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 martes 11 de diciembre de 2018, a las 18:54:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1063488270
Código de Verificación	1063488270181211185443

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2604201

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2018 - 18:58 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) **MARIA CRISTINA OSPINO VILLA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL SESENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA** de CHIMICHAGUA

1063488270

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_A7ZHB_5818
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 18:59:49 horas del 11/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1063488270**
Apellidos y Nombres: **OSPINO VILLA MARIA CRISTINA**

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

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

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

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

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm 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.

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA

Que la persona MARIA CRISTINA OSPINO identificado(a) con CC 1063488270 está vinculada al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No.102661584 desde 27 de julio de 2015, este producto se encuentra vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 13 de noviembre de 2017, a solicitud del interesado, con destino a quien le interese.

Atentamente,

Elcy Proaños
Gerencia de Soporte Postventa
Banco de Bogota

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

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

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

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:		FECHA		Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO				DOCUMENTO:	
TELEFONO				ACTIVIDAD SOLICITADA:	

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

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

	B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO				
	NECESIDAD DE PERSONAL OPS				
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐		
	C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO				
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI ☐			
2	SOPORTE INSCRIPCION SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☒			
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☒			
4	DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒			
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒	N/A ☐		
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TITULO ACADÉMICO	SI ☒	N/A ☐		
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒	NO ☐		
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☒		
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒	N/A ☐		
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☒	N/A ☐		
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU: _____	SI ☒			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☐		
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☒	N/A ☐		
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒	N/A ☐		
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCION EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐		
18	ANTECEDENTES ETICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☐		
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒	N/A ☐		
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☐			
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 0000/2003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☐	N/A ☐		
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☐		
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citohistologo,Histotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI ☐	N/A ☐		
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐	N/A ☐		
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☐		
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☐		
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☐		
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☐		
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI ☐			
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI ☐			
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI ☐			
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____	SI ☐			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☐			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
V°B° Responsable Talento Humano		Fecha:	
V°B° Dirección Talento Humano		Fecha:	