Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA ,

ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA con el NIT 52371681 creada

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

Haga clic aquí para continuar >

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: 22-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
TUMAY	MENDOZA	ANYELA MARCELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52371681

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES ABR AÑO 1977

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 2 No 91 - 11 casa 177

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 0314029793

EMAIL anytumy@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 COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DIC AÑO 1995
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TL	6	X		TECNOLOGO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS	12	2015	

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: 22-nov-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3023399604	DIA 1 MES 9 AÑO 2016	DIA 22 MES 11 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO Y SOPORTE TECNICO ADM -	FACTURACION	Kr 5 33 A 45

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTOBAL ESE	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 9 MES 6 AÑO 2016	DIA 31 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO Y SOPORTE TECNICO	FACTURACION	Cll 22 SUR 8 A 58

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL DEL SUR ESE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560506 Ext 1211	DIA 18 MES 11 AÑO 2013	DIA 31 MES 5 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO III	FACTURACION	CRA 78 N 35 71

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: 22-nov-2017

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*
VOILA IPS S.A.S		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	www.voilaips@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2228186	DIA 17 MES 5 AÑO 2013	DIA 15 MES 11 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y	FACTURACION	AV CARRERA 60 44 B 38

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SERVICIOS TEMPORALES NASES IQ OUTSOURSING		X	COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 19 MES 4 AÑO 2012	DIA 18 MES 4 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ESPECIALISTA ANALISTAS DE CUENTAS	AUDITORIA	CARRERA 11 N 59 64

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
TEMPORALES UNO A HOSPITAL DEL SUR ESE		X	COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 1 MES 5 AÑO 2011	DIA 31 MES 5 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO III	FACTURACION	CRA 16 NO 36 09

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: 22-nov-2017

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*
SERVICIOS Y ASESORIAS HOSPITAL DEL SUR ESE	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 11 MES 5 AÑO 2009	DIA 30 MES 5 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO III IV	FACTURACION	CALLE 23 A NORTE NO 4 11

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ACTIVOS- FUNDACION HOSPITAL LA MISERICORDIA- HOMI		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	ccagente4@activos.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5940530	DIA 1 MES 2 AÑO 1999	DIA 28 MES 2 AÑO 2002

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DOCUMENTACION CALIDAD	FACTURACION	CLL 70 9 25

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	5	12
PRIVADO	5	6
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-nov-2017

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52371681 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.

Dirección Calle 2 No 91 - 11 casa 177 **Teléfonos** 3002690847 0314029793

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JAIRO TUMAY	19193615	PADRE
LUISA FERNANDA BEJARANO TUMAY	1233489032	HIJO(A)
MARIA ALEJANDRA BEJARANO TUMAY	1000974104	HIJO(A)
CRISTIAN DAVID BEJARANO TUMAY	1019843612	HIJO(A)
LILIA MARIA MENDOZA VARGAS	23605046	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	$ 22.430.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	00570009070306351	Av Calle 19	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	Cll 2 No 91 11	$ 90.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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** ◯ **N** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE C.C◯ C.E◯ T.I.◯	No.

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

EL INSTITUTO TECNICO COMERCIAL RESTREPO

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 11835 DEL 11 DE SEPTIEMBRE DE 1987

CONFIERE A

Angela Marcela Tumay Mendoza

Identificado con.....No.....de.....

el título de

BACHILLER COMERCIAL

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

INSTITUTO TECNICO COMERCIAL RESTREPO

Rector

RECTORIA

INSTITUTO TECNICO COMERCIAL

Secretario

BOGOTA

Dado en Santafé de Bogotá a 3 de Diciembre de 1995

Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA

Con Cedula de Ciudadania No. 52.371.681

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

Título de

TECNÓLOGO EN

CONTABILIDAD Y FINANZAS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá,
a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
JORGE ALBERTO BETANCOURT RODRIGUEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JORGE ALBERTO BETANCOURT RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

16174921 - 17/12/2015
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940500578368CC52371681C.

FOLIO 027

INSTITUTO TECNICO COMERCIAL RESTREPO

Inscripción S.E.D. 522

Inscripción Dane 311001-08936

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de SANTAFÉ DE BOGOTÁ a los 3 días del mes de DICIEMBRE del año 1995 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Instituto Técnico Comercial Restrepo, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Eduación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Comercial según Resolución No. 11835 del 11 de Septiembre de 1987.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER COMERCIAL

al graduando cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. O T.I.	LUGAR DE EXPEDICION
114	TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA	770426-07951	BOGOTÁ D.E.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 17 de fecha 3 DE DICIEMBRE 1995

que consta de 118 alumnos que comienza con el nombre de ACOSTA SANCHEZ SANDRA JANNETH.- y se cierra con el nombre de ZAPATA CARDENAS DIANA PATRICIA.-

firmado y sellado por LOLA BERNAL DE ROA (Rector) y MARIA DEL PILAR ROA BERNAL (Secretaria).

Dada en Santafé de Bogotá, a los 21 días del mes de DICIEMBRE de 19 95

Lola B. de Roa

El Rector o Director

El Secretario

* HOSPITAL VISTA HERMOSA
UPA. 77 CANDELARIA
PLAN DE ATENCION BASICA

CERTIFICA QUE:

Angela M. Tumay M. ***con C.C. No.*** 52.371.681 Btá.

Asistio al Taller de Lideres Comunitarios, en la UPA 77 - Candelaria, los dias 14, 21 y 28 de Agosto y 11 de Septiembre en Santafé de Bogotá.

Eliana Gualteros L.
ELIANA GUALTEROS
Director Delegado.
Enfermera Jefe.
UPA Candelaria.

* HOSPITAL VISTA HERMOSA

UPA. 77 CANDELARIA

CERTIFICA QUE:

Angela Tumay con C.C. No. 52'371681.

Asistio a la Semena Distrital de Lactancia Materna, llevada a cabo del 1 al 8 de Agosto de 1997, en la UPA 77 - Candelaria de Santafé de Bogotá.

GONZALO MUÑOZ B.
Director UPA. Candelaria

Eliana Gualteros
ELIANA GUALTEROS
Enfermera Jefe UPA Candelaria

HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

CUNA DE LA PEDIATRIA EN COLOMBIA

1897 CIEN AÑOS 1997

"Los niños son nuestro futuro y el futuro del mundo.
Lo mejor que sabemos hacer es cuidar su salud".

CERTIFICA:

Que: **MARCELA TUMAY**

Asistió al **CURSO DE ACTUALIZACION MANUAL ISS**

los días **MAYO 30 DE 1998** con una intensidad de **8** horas.

FUNDACION
HOSPITAL DE LA
MISERICORDIA

"Los niños son nuestro futuro y el futuro del mundo.
Lo que mejor sabemos hacer es cuidar su salud"

CERTIFICA QUE:

ANGELA MARCELA TUMAY MENDOZA

Asistió a la capacitación en "Sistema de Información y Servic[illegible]io al
Cliente" realizada entre el 31 de enero y el 2 de marzo del 2[illegible]000
con una duración de 28 horas.

MAURICIO BARBERI A.
Director

HOLMYS YAMIR WALTER[illegible]S R.
Jefe Departamento de Recursos Hu[illegible]manos

Santafé de Bogotá D.C., nueve de marzo del 2.000.

UNIAPEL

CERTIFICACION

La suscrita directora de **UNIAPEL** se permite certificar que **ANGELA MARCELA TUMAY** identificada con Cédula de ciudadanía No 52.371.681 de Bogotá se encuentra matriculada en el **PROGRAMA SEMESTRALIZADO DE INGLES** los días lunes, miércoles y viernes en el horario de 6:00 a 7:30 p.m.

La intensidad semanal es de 12 horas, el programa tiene una duración de 4 semestres cada uno de 4 meses.

Se expide a solicitud del interesado a los catorce (14) días mes de junio del dos mil (2.000), en la ciudad de Santafé de Bogotá D.C.

Atentamente,

UNIAPEL
DIRECCION

MARIA JOSEFINA WENTLAND
DIRECTORA ADMISTRATIVA

REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 16174921 - 17/12/2015

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA, Con Cedula de Ciudadania No. 52.371.681

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

TECNÓLOGO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
JORGE ALBERTO BETANCOURT RODRIGUEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JORGE ALBERTO BETANCOURT RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940500578368CC52371681A.

Bogotá D.C

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

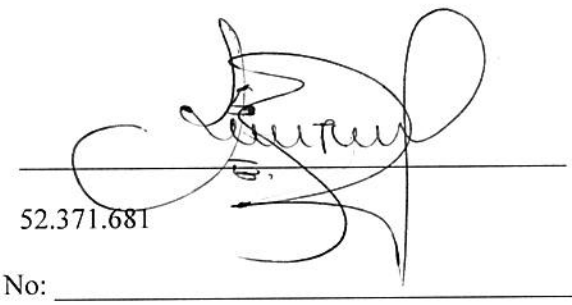
Yo, _ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c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

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

TECNOLOGO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: 

No. de documento: 52.371.681

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: Cll 2 91-11Sur CS 177

Teléfono: 300 2690847

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo a la información que se encuentra en los archivos magnéticos y fisicos de la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente – S.I.S.S.C.O, la señora **ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA,** identificada con C.C N° 52.371.681, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR CTO.
02 PS 0746 2016	01/09/2016	09/01/2017	$ 9.030.000
PS 2726 2017	10/01/2017	09/01/2018	$ 25.200.000
PS 2372 2018	10/01/2018	09/08/2018	$ 15.365.000

ESTA CERTIFICACION SE EXPIDE CON LA INFORMACION QUE REPOSA EN LAS BASES DE DATOS DE LA DIRECCION DE CONTRATACION

OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (ANALISTA DE CUENTA FFDS) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Cruce Base de datos Facturación población Vinculada – Desplazada. 2. Revisión de las facturas generadas por las unidades. 3. Cruce facturación población Vinculada contra población Desplazada generando alerta para cambio de pagador según comprobador de derechos. 4. Elaborar cuentas de la Secretaría Distrital de Salud (Vinculados, desplazados y gratuidad) garantizando que se cobre el 100% de las actividades. 5. Elaborar los formatos y anexos que se solicite por parte de la SDS en los contratos. 6. Garantizar que todas las actividades finales realizadas sean cobradas. 7. Informar oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o evitar la radicación oportuna de las cuentas de cobro. 8. Dar respuesta oportuna a la glosa que se genere por parte de la firma interventora o SDS. 9. Organizar las facturas de forma cronológica. 10. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 11. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 12. Demás actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 19 de julio de 2018 .

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A/11, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Reviso: Luz Helena Hernández Palacios/ Profesional Especializado

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur
Subred Sur Occidente E.S.E

HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HACE CONSTAR:

QUE UNA VEZ REVISADAS LAS BASES DE DATOS QUE SE ENCUENTRAN EL ÁREA JURÍDICA, SE CONSTATA QUE LA SEÑORA(OR) TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANÍA NO, 52371681 SUSCRIBIÓ CON EL HOSPITAL DEL SUR ESE, LA ORDEN DE SERVICIO QUE SE RELACIONA MÁS ADELANTE, CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CONOCIMIENTOS COMO: TECNICO EN FACTURACION,TECNICO 3,LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 1439 DE 2013, CON EL FIN DE REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN TERRITORIAL EN SALUD Y EL PLAN DE DESARROLLO BOGOTÁ HUMANA 2012 – 2016, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN EN LOS DIFERENTES TERRITORIOS, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

No. De contrato	Principal,adiciòn,prorroga,modificación, aclaración,suspensión,reinicio, adición y prorroga ,adición y modificación(especificar)	Perfil	Duración	Fecha Incio	Fecha de finalización D/M/AAAA	Valor del contrato	Unidad
5750	Principal	TECNICO EN FACTURACION	TRECE (13) DIAS CALENDARIO Y UN (1) MES	18 DE NOVIEMBRE DE 2013	31 DE DICIEMBRE DE 2013	2164333	SUR
64	Principal	TECNICO EN FACTURACION	Treinta (30) Dias Calendario y Tres (3) Meses	02 DE ENERO DE 2014	30 DE ABRIL DE 2014	6040000	SUR
1230	Principal	TECNICO EN FACTURACION	Treinta (30) Dias Calendario y Dos (2) Meses	02 DE MAYO DE 2014	31 DE JULIO DE 2014	4530000	SUR
1230	Adicion y Prorroga	TECNICO EN FACTURACION	DOS (2) MESES	01 DE AGOSTO DE 2014	30 DE SEPTIEMBRE DE 2014	3020000	SUR
3016	Principal	TECNICO EN FACTURACION	DOS (2) MESES	01 DE OCTUBRE DE 2014	30 DE NOVIEMBRE DE 2014	3020000	SUR
3016	Adicion y Prorroga	TECNICO EN FACTURACION	UN (1) MES	01 DE DICIEMBRE DE 2014	31 DE DICIEMBRE DE 2014	1510000	SUR
96	Principal	TECNICO EN FACTURACION	TREINTA (30) DIAS CALENDARIO Y UN (1) MES	02 DE ENERO DE 2015	28 DE FEBRERO DE 2015	3020000	SUR
1584	Principal	TECNICO EN FACTURACION	TREINTA (30) DIAS CALENDARIO Y UN (1) MES	02 DE MARZO DE 2015	30 DE ABRIL DE 2015	3020000	SUR
2581	Principal	TECNICO EN FACTURACION	VEINTIOCHO (28) DIAS CALENDARIO Y CUATRO (4) MESES	04 DE MAYO DE 2015	30 DE SEPTIEMBRE DE 2015	7550000	SUR

No. De contrato	Principal,adiciòn,prorroga,modificación, aclaración,suspensión,reinicio, adición y prorroga ,adición y modificación(especificar)	Perfil	Duración	Fecha Incio	Fecha de finalización D/M/AAAA	Valor del contrato	Unidad
3752	Principal	TECNICO EN FACTURACION	Dos (2) Meses	01 DE OCTUBRE DE 2015	30 DE NOVIEMBRE DE 2015	3170000	SUR
4685	Principal	TECNICO EN FACTURACION	UN (1) MES	01 DE DICIEMBRE DE 2015	31 DE DICIEMBRE DE 2015	1585000	SUR
683	Principal	TECNICO EN FACTURACION	VEINTIOCHO (28) DIAS CALENDARIO Y TRES (3) MESES	04 DE ENERO DE 2016	30 DE ABRIL DE 2016	6340000	SUR
683	Adicion y Prorroga	TECNICO EN FACTURACION	Un (1) Mes	1 de Mayo de 2016	31 de Mayo de 2016	6340000	SUR
683	Adicion y Prorroga	TECNICO EN FACTURACION	Un (1) Mes	1 de Mayo de 2016	31 de Mayo de 2016	1585000	SUR

OBLIGACIONES

Las órdenes relacionadas anteriormente no generan relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesada a los QUINCE (15)DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2016



RED- INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
UNIDAD DE ATENCION DEL SUR,

PDF Complete
Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.
Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

CON–CE-2013071

Bogotá D.C., Diciembre 19 de 2013

A QUIEN PUEDA INTERESAR

El suscrito Representante Legal se permite certificar que el Sra. **ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA**, identificado con cedula de ciudadanía No 52.371.681, laboro para nuestra compañía desde el 17 de Mayo de 2013 hasta el 15 de Noviembre 2013, bajo contrato laboral a término Fijo, devengando un salario mensual de $ 900.000 (Novecientos Mil Pesos M/CTE.). Desempeñando el cargo de AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y FACTURACION.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los 19 días del mes de Diciembre de 2013.

Cordialmente

HUMBERTO DE JESUS GOMEZ ROMERO
Representante Legal
VOILÀ IPS SAS

TEMPORALES UNO-A S.A

Nit. 830.058.387-6

SYSTEM CERTIFICATION ISO 9001 SGS

Preselección,Selección,Contratación y Nomina del Personal en Misión. CO10/3658.

CERTIFICACION

Por medio de la presente nos permitimos certificar que la señora TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52,371,681 de BOGOTA D.C., laboró como empleado en misión de nuestra organización, para la empresa usuaria HOSPISUR ESE ADVA-S04A, por medio de un contrato de trabajo de obra o labor determinada, desde el día 1 de mayo de 2012 hasta el dia 30 de mayo de 2012 desempeñando el cargo misional de TECNICO 3, con una asignaciòn salarial de $618,930.00 Mcte, mas un subsidio de Transporte de: $ 77,700.00 Mcte

Seguidamente nuestro sistema reporta la existencia de los siguientes contratos de trabajo de obra o labor determinada, cada uno con causa y objeto independiente entre si, que el trabajador de la referencia subscribió con nuestra organización; todos debidamente liquidados a saber:

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Desde el dia 1 de mayo de 2011	hasta el 30 de abril de 2012
Desde el dia 1 de mayo de 2012	hasta el 30 de mayo de 2012

La presente se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a solicitud de la interesada a los 15 dias del mes de Septiembre de 2016.

NOTA: CUALQUIER ANOTACIÓN EN LETRA IMPRENTA SOBRE EL PRESENTE CERTIFICADO ES INVALIDA

Atentamente,

TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A. NIT. 830.058.387-6 CARRERA 16 No. 36-09 PBX 320-09 77 FAX: 288 48 95

CATHERINE BERNAL MEJIA
Directora de Gestion Humana

Este documento digital cumple con el artículo 28 de la Ley 527 de 1999

Este certificado fue expedido a través de un sitio web, para verificar su validez comuniquese al departamento de gestión humana de Temporales Uno A. PBX: 57-1 -320 09 77.

Bogotá D.C. Calle 70 No. 9-25
Tels: 7428757
gerencia@serviola.com.co

CERTIFICACION

Que la Señora TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA identificada con Cedula De Ciudadania número 52,371,681, laboro en nuestra empresa a partir del 01 de Febrero de 1999 hasta el 31 de Enero de 2000, mediante un contrato de trabajo por el termino que dure la OBRA O LABOR, y en ejercicio del mismo fue asignada como trabajadora en misión a la usuaria FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, desempeñándose en el cargo de DIGITADOR I con una asignacion mensual de TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS ($394,487).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud de la interesada a los 17 días del mes Noviembre de 2017 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

JAIRO DE JESUS DIAZ SANCHEZ
REPRESENTANTE LEGAL
LM: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - - 12259

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

CERTIFICACION

Que la Señora TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA identificada con Cedula De Ciudadania número 52,371,681, laboro en nuestra empresa a partir del 01 de Febrero de 2000 hasta el 18 de Enero de 2001, mediante un contrato de trabajo por el termino que dure la OBRA O LABOR, y en ejercicio del mismo fue asignada como trabajadora en misión a la usuaria FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, desempeñándose en el cargo de DIGITADOR I con una asignacion mensual de CUATROCIENTOS VEINTI-NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS ($429,991).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud de la interesada a los 17 días del mes Noviembre de 2017 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

MARIA ELENA GUARIN ARIAS
GERENTE GENERAL

LM: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - - 53223

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

Favor confirmar la veracidad de esta certificación, comunicándose a nuestra Línea de Servicio al Cliente 5940530 opción 3, citando el número de requerimiento 14100464

SERVIOLA
Bogotá D.C. Calle 70 No. 9-25
Tels: 7428757
gerencia@serviola.com.co
Serviola S.A.S. NIT. 800.148.972-2

CERTIFICACION

Que la Señora TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA identificada con Cedula De Ciudadania número 52,371,681, laboro en nuestra empresa a partir del 19 de Enero de 2001 hasta el 31 de Enero de 2002, mediante un contrato de trabajo por el termino que dure la OBRA O LABOR, y en ejercicio del mismo fue asignada como trabajadora en misión a la usuaria FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, desempeñándose en el cargo de DIGITADOR (A) con una asignacion mensual de CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS ($467,615).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud de la interesada a los 17 días del mes Noviembre de 2017 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

JAIRO DE JESUS DIAZ SANCHEZ
REPRESENTANTE LEGAL

LM: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - - 22986

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

CERTIFICACION

Que la Señora TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA identificada con Cedula De Ciudadania número 52,371,681, laboro en nuestra empresa a partir del 01 de Febrero de 2002 hasta el 28 de Febrero de 2002, mediante un contrato de trabajo por el termino que dure la OBRA O LABOR, y en ejercicio del mismo fue asignada como trabajadora en misión a la usuaria FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, desempeñándose en el cargo de AUXILIAR DE DOCUMENTACION CALIDAD con una asignacion mensual de TRESCIENTOS DIEZ Y SEIS MIL PESOS ($316,000).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud de la interesada a los 17 días del mes Noviembre de 2017 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

MARIA ELENA GUARIN ARIAS
GERENTE GENERAL

LM: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - - 78874

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

Favor confirmar la veracidad de esta certificación, comunicándose a nuestra Línea de Servicio al Cliente 5940530 opción 3, citando el número de requerimiento: 14100436

Nases
SERVICIOS DE TALENTO HUMANO

CERTIFICAMOS

Que la señora TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52,371,681 de BOGOTA D.C., laboro en NASES EST EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES S.A.S. como trabajador en misión para nuestra(s) empresa(s) cliente(s) en los siguientes periodos:

Desde el 14-mar-2011, hasta el 30-dic-2011 , liquidado a la finalización de la obra .
Desde el 19-abr-2012, hasta el 19-abr-2013 , liquidado a la finalización de la obra .

Desempeñando en su último contrato el cargo de: ESPECIALISTA ANALISTA CUENTAS MEDIC

Sueldo Básico mensual, último contrato	$ 1,447,517
Promedio de Horas Extras, último contrato	$ 118,786
Promedio de otros ingresos salariales, último contrato	$ 28,068
Promedio de otros ingresos no salariales, último contrato	
Promedio de transporte adicional, último contrato	

EPS: E.P.S. SANITAS S.A.
AFP: PROTECCION
ARP: COLMENA RIESGOS PROFESIONALES
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR: Caja de Compensación Familiar COMPENSAR

Tipo de contrato firmado: Obra o Labor Contratada.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 15 dias del mes de Septiembre de 2016.

LILIANA VEGA CORREDOR

GERENTE DE GESTION HUMANA

Esta certificación fue expedida a través de un sistema Web . NASES solo verifica certificaciones personalmente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 9:00 a.m.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO 52.371.681

TUMAY MENDOZA

APELLIDOS

ANYELA MARCELA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1977

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

09-NOV-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00031261-F-0052371681-20080725 0001470334A 1 1660011451

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14387063235

(415)7707212489984(8020) 000001438706323 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 3 7 1 6 8 1	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 3 7 1 6 8 1	1 9 9 6 1 1 0 9

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TUMAY	MENDOZA	ANYELA	MARCELA

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 2 91 11 CA 177 BRR C PRIMAVERA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
anytumy@hotmail.com		4 0 2 9 7 9 3	3 0 0 2 6 9 0 8 4 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: Otras actividades 1	2
8 2 1 1	2 0 0 7 0 2 0 7				

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
4 1 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 8 2 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 29-08-2016
Hora: 9:50:38 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52371681-6 ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA

Información General

Dirección CL 2 91 11 CA 177

Teléfonos 4029793 / 3002690847

Dirección electrónica anytumy@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/06/2012

Soporte Inscripción 14265418

Fecha Inicio Actividades 07/02/2007

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001109304

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 29-08-2016
Hora: 9:50:38 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52371681-6 ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA

Información General

Dirección CL 2 91 11 CA 177

Teléfonos 4029793 / 3002690847

Dirección electrónica anytumy@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/06/2012

Soporte Inscripción 14265418

Fecha Inicio Actividades 07/02/2007

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001109304

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

CERTIFICAR SALUD S.A.
Atención Médica Familiar y Empresarial

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2016-06-08 17:37:34 NUM. ID. PACIENTE: CC 52371681

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA ID: CC 52371681 SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 1977-04-26 BOGOTA (BOGOTA) EDAD: 39

DIRECCION: CALLE 2 91-11 CASA 177 BOGOTA (BOGOTA) TELEFONO: 3002690847

PROFESION U OCUPACIÓN: TECNICO ADMINISTRATIVO FACTURACION

EPS: SANITAS ESTADO CIVIL: UNION LIBRE

ESCOLARIDAD: TECNICO/TECNOLOGO

EMPRESA: E S E SAN CRISTOBAL ARL: BOLIVAR

PENSIÓN: COLPENSIONES ANTIGÜEDAD:

ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD CARGO: TECNICO ADMINISTRATIVO FACTURACION



TIPO DE EXAMEN

PRE-OCUPACIONAL: SI	ESPIROMETRÍA: NO	REUBICACION: NO
PERIODICO: NO	AUDIOMETRIA: NO	VALORACION APOYADA EN PROFESIOGRAMA: NO
POSINCAPACIDAD: NO	VISIOMETRIA: NO	REMISION A EPS: NO
RETIRO: NO	ANEXO PARA TRABAJO EN ALTURAS: NO	REMISION A ARL: NO
	EXAMEN CLINICO OSTEOMUSCULAR: SI	OTRO:

LABORATORIOS:

EXAMEN PRE-OCUPACIONAL	EXAMEN DE EGRESO	EXAMEN PERIÓDICO
APTO	---	---

TIPO DE RESTRICCIÓN: NINGUNA

CAUSA DE APLAZAMIENTO: NINGUNA

RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN LABORAL: NO

USO DE CORRECCIÓN VISUAL: NO

ACTIVIDAD FÍSICA, ÉNFASIS, ACONDICIONAMIENTO CARDIOVASCULAR: SI

PAUSAS ACTIVAS, ESTIRAMIENTOS, ÉNFASIS EN COLUMNA Y EXTREMIDADES: SI

RECOMENDACIONES: OTRAS RECOMENDACIONES: 1. HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS. 2. CONTINUAR CONTROLES POR EPS.

OSCAR DARIO SASTOQUE S.
Médico Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 6896 - 06 S.D.S

MD. OSCAR DARIO SASTOQUE SUAREZ
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 6896-06

ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA
CC 52371681

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

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

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

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

FECHA:		CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TUMAY	MENDOZA	ANYELA	MARCELA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52371681	BOGOTÁ	1995-11-09
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	Cual:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1977-04-26	BOGOTÁ	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNIÓN LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐	2	3	3002690847

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO X	OTRO ☐	CUAL:	TECNOLOGO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CLL 2 91 11 CS 177	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	4029793

	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
anytumy@gmail.com	NO APLICA	PROPIA X	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO ☐ ☐	NACIONALIDAD:

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

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

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	8211
			ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☐	ECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT	900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ INANCIERA ☐ NSPORTE ☐ OLOGIA A☐ NTOS MI☐ AMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 5 # 33 A 45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION-ANALISTA DE CUENTAS FFDS	2016-09-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 1.300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 2.195.000	ARRIENDOS		INVERSIONES	$ 400.000	TARJETAS DE CREDITO	$ 350.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 2.195.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.300.000	TOTAL ACTIVOS	$ 400.000	TOTAL PASIVOS	$ 350.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

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
RODRIGUEZ	ROA	FLOR	PATRICIA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CLL 8 C 87 B 15	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMIGA	3133674463

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	9270306351	CLL 19	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORT☐N EXPORTA☐ TRANSFERENCI☐ PRESTAMOS☐ PAGO SERVICIOS☐ TRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 dias 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 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

CONSIDERACIONES

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la seleceión de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica 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.

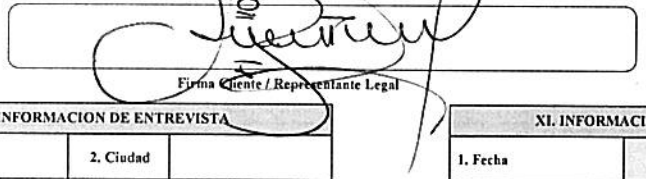
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorizaeión. 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



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:		

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52371681
NOMBRES Y APELLIDOS	Tumay Mendoza,Anyela Marcela
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	22/10/2009
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Tumay Mendoza,Anyela Marcela, a los 17 días del mes de diciembre del año 2018.

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



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ANYELA MARCELA TOMAY MENDOZA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52371681,** se encuentra afiliado (a) desde **05/01/1998** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	8	ING	04/04/1998	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/03/2014	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52371681	ARL BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
ANYELA	MARCELA	TUMAY	MENDOZA

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
26/04/1977	Bogota	cll 2 91 11	4029793

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Sanitas	Colpensiones	$2.195.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
APOYO TECNICO DE FACTURACION	

Correo Electrónico	Celular
anytumy@gmail.com	3002690847



Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909403, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52371681	ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA	SAN CRISTOBAL-ADMINISTRATIVO CONTRATOS	1	0.522%	01/08/2016		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 14 de Diciembre del año 2018.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119189062

WEB
16:43:38

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52371681:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 16:49:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52371681
Código de Verificación	523716811812131649 10

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2610580

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 16:51 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) **ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN** de BOGOTA D.C

52371681

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.

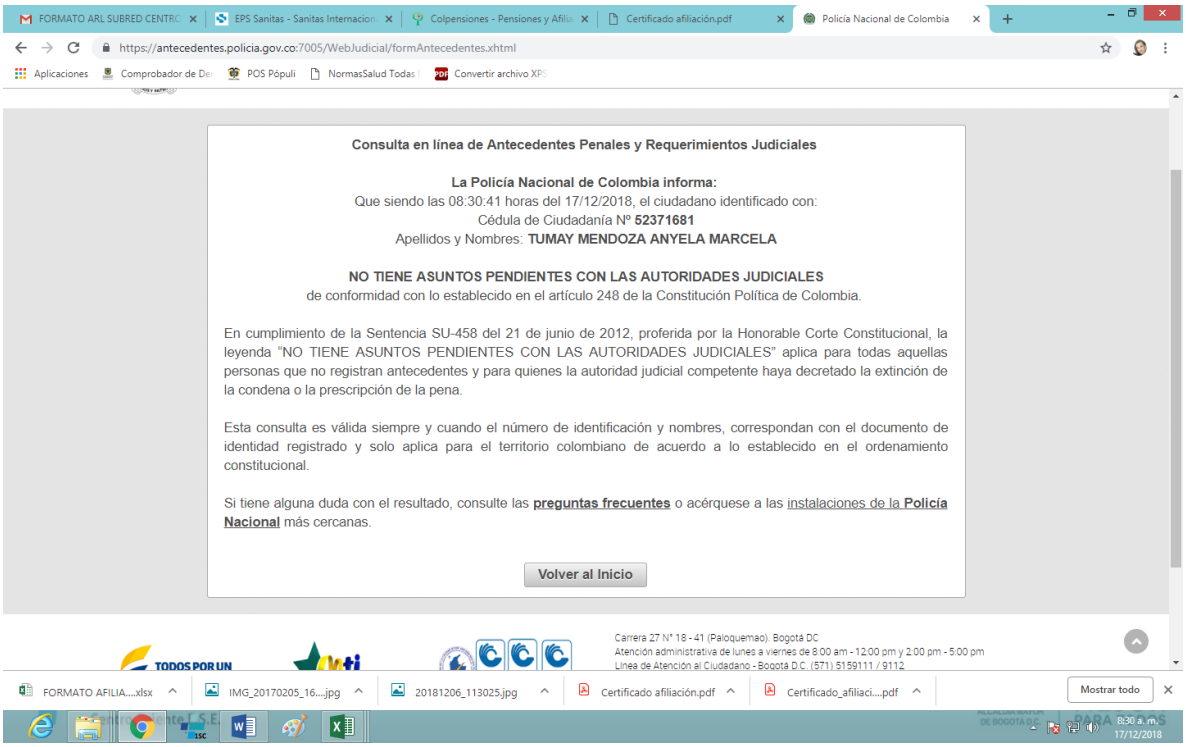
Certificado expedido sin costo alguno.

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_7FSRD_5116
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


FORMATO ARL SUBRED CENTRO
EPS Sanitas - Sanitas Internacion
Colpensiones - Pensiones y Afilia
Certificado afiliación.pdf
Policía Nacional de Colombia
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
Aplicaciones
Comprobador de De
POS Pópuli
NormasSalud Todas
Convertir archivo XPS
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:30:41 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 52371681
Apellidos y Nombres: TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.
Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las preguntas frecuentes o acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.
Volver al Inicio
TODOS POR UN
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
FORMATO AFILIA....xlsx
IMG_20170205_16....jpg
20181206_113025.jpg
Certificado afiliación.pdf
Certificado_afiliaci....pdf
Mostrar todo
8:30 a. m.
17/12/2018

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **13/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52371681**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570009270306351**
Fecha de apertura	**11/11/2005**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA