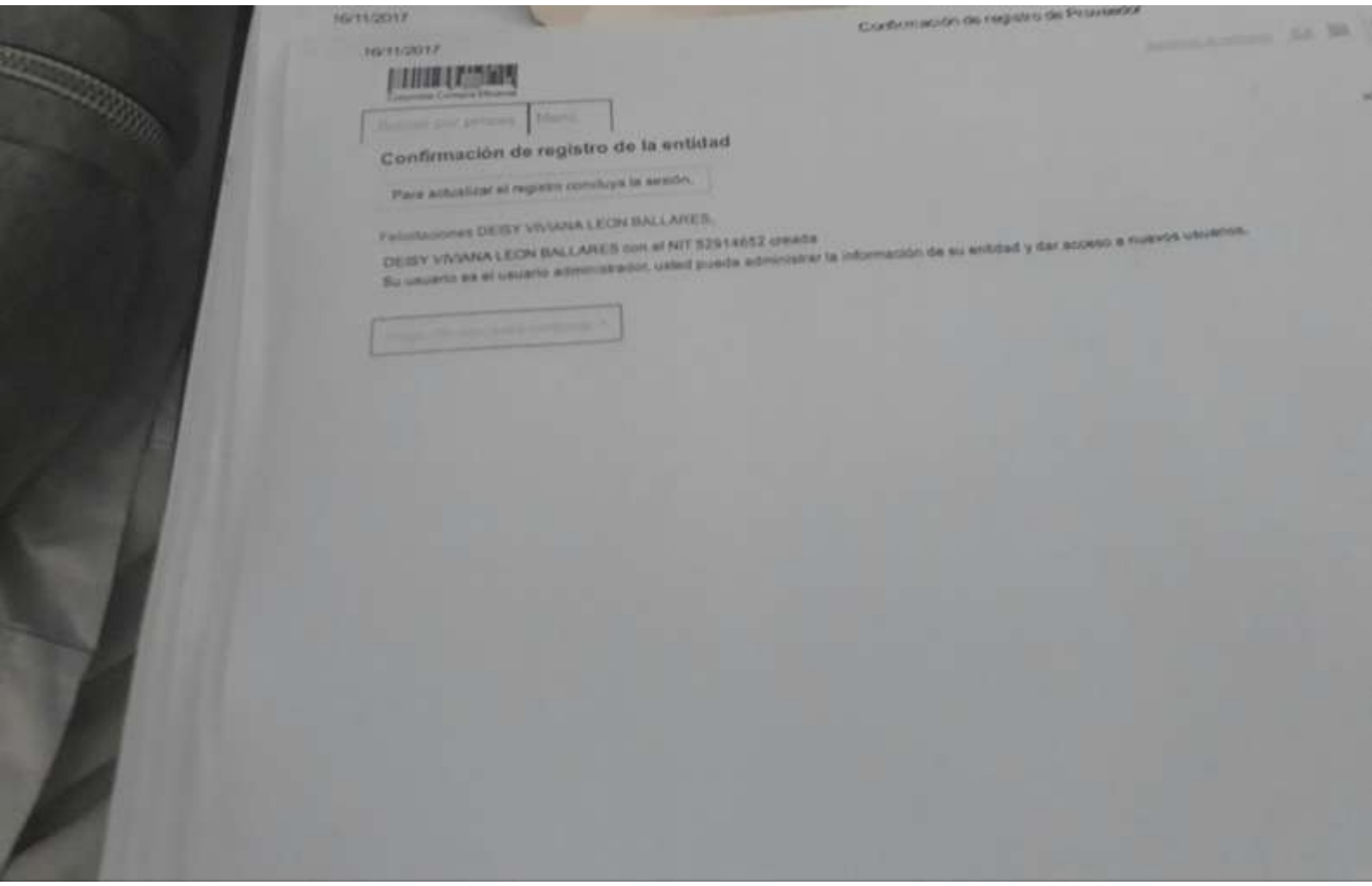


Scanned by CamScanner


16/11/2017
16/11/2017
Confirmación de registro de la entidad
Para actualizar el registro cierre la sesión.
Felicitaciones DEISY VIVIANA LEON BALLARES.
DEISY VIVIANA LEON BALLARES con el NIT 52914652 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

Última Actualización: 06-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LEON	BALLARES	DEISY VIVIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52914652

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 10 MES SEP AÑO 1983

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 105C# 67-26

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4349344

EMAIL dvleon28@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES NOVIEMBRE AÑO 2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		ENFERMERO (A)	7	2016	52914652

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	

Scanned by CamScanner

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO 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).

Bogotá, 6 diciembre 2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Viviana León P
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.

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 06-dic-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 06-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DEISY VIVIANA LEON BALLARES

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52914652 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CRA 105C# 67-26 **Teléfonos** 3124245391 4349344

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JULLY GINNED LEON BALLARES	1014200059	HERMANO(A)
EULALIA Ballares Peña	39528590	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	$ 15.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 1.000.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 2.800.000,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.800.000,00

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 Bogota	AHORROS	102664604	av primera de mayo	$ 12.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 06-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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Viviana Lch

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 06-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Centro Educativo Distrital

" Manuela Ayala de Gaitán "

Jornada Mañana

Autorizado por La Secreataría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., según Resolución No. 7442 del 13 de Noviembre de 1998

Confiere a:

Deisy Viviana León Ballares

T.I. 830910-09939 Santafé de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector(a) Secretaria

Centro Educativo Distrital Manuela Ayala de Gaitán

Registro Interno: Acta No. 15 Folio No. 09

Dado en Bogotá, D.C., a 23 de Noviembre del 2003

Tecnolaminados Ltda.

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

DEISY VIVIANA LEÓN BALLARES

C.C. No. 52.914.652 de Bogotá D.C.

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

ENFERMERA

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

Bogotá D.C., 28 de julio de 2016

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 8 Folio 198 Registro 47717 Fecha: 28 de julio de 2016

República de Colombia

Actual
EXTENSION Y EDUCACION CONTINUADA

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica No 22215 del 9 de diciembre de 1983 Ministerio de Educación

Certifica que:

Deisy Viviana León Ballares

C.C. No 52.914.652 de Bogotá

Terminó satisfactoriamente el programa de Auxiliar de Enfermería, aprobado por el Comité Nacional para la Formación del Recurso Humano en Salud del Ministerio de Salud, mediante acuerdo, Nº 43 del 30 de marzo de 2001, con una intensidad de 1.800 horas y cumplidas las exigencias reglamentarias, le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional como:

Técnico Auxiliar de Enfermería

Bogotá D.C., marzo 19 del 2004

Pablo Oliveros Marmolejo
Rector

Guillermo Arévalo Parada
Director de Programa

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

ACTA DE GRADO 778

En Bogotá D.C., el 28 de julio de 2016 a las 10:00 horas, convocados por Resolución Nacional 096 del 21 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz, y la Secretaria General (E), doctora Sonia Sierra González, para presidir la ceremonia de grado de **DEISY VIVIANA LEON BALLARES** con cédula de ciudadanía número 52914652 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 8, Folio 198, número 47717.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
SONIA SIERRA GONZÁLEZ, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 28 de julio de 2016.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General

SONIA SIERRA GONZÁLEZ
Secretaria General (E)

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

ACTA DE GRADO

El Director de la División de Extensión y Educación Continuada de la **FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA:** Que en el libro de Actas del Programa Técnico en Auxiliares de Enfermería de la Fundación, se encuentra el **ACTA DE GRADO 006**. Donde consta que en Bogotá a los diecinueve (19) días del mes de marzo de dos mil cuatro (2004) siendo las 15:00 horas, se reunieron en el auditorio de la Fundación Universitaria del Area Andina, el Director de la División de Extensión y Educación Continuada (Educación No Formal); Doctor **GUILLERMO AREVALO PARADA,** la Coordinadora Administrativa Señora **YULEDTH CONSTANZA RAMIREZ GOMEZ** y el cuerpo docente del Programa Técnico en Auxiliares de Enfermería, para presidir la ceremonia de grado de: **DEYSI VIVIANA LEON BALLARES,** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.914.652 de Bogotà, quién cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum y presentó, **PRACTICAS HOSPITALARIAS Y COMUNITARIAS,** cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el programa y habiéndose hecho merecedor a recibir el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional bajo resolución 22215 del 09 de diciembre de 1983 y según Acuerdo Número 43 del Comité Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, celebrado el 30 de marzo del 2001. Previa entrega de los diplomas se tomó el juramento de rigor a los graduados, quienes prometieron cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Acto seguido el señor Director presento su saludo.

Agotando el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firma el **ACTA.**

GUILLERMO AREVALO PARADA
Director

Acta Individual de Grado

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL
"MANUELA AYALA DE GAITAN"
Jornada Mañana
Calle 71 No. 75 - 11
Teléfono 224 8468
Bogotá, D.C.

Inscripción S.E.D.
6036
Inscripción DANE
11100146292

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 23 días del mes de Noviembre de 2000, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria de la Rectoria del CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL "MANUELA AYALA DE GAITAN", Institución aprobada hasta Nueva determinación en el Nivel de Educación Media y autorizada por La Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución 7442 del 13 de Noviembre de 1998.

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

Deisy Viviana León Ballares
T.I. 830910-09539 Santafé de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 15, a los 23 dias del mes de Noviembre de 2000, que consta de 18 alumnos. que comienza con el nombre de: ALVAREZ REDONDO WILSON FERNANDO y cierra con el nombre de: VALERO BARON LEYDY MARCELA.

Firma y sello:

Maria Alix Franco de Gutiérrez (Rectora) y Nelly Maria Contreras Contreras (Secretaria)

Dada en Bogotá, D.C., a los 23 días del mes de Noviembre de 2000.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Articulo 7o. del Decreto 180 de 1981.
No requiere se registrada en la Secretaria de Educación, según decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994.
(Firmado y sellado)

MARIA ALIX FRANCO DE GUTIERREZ
Rectora
C.C. 41.440.026 de Bogotá

NELLY MARIA CONTRERAS CONTRERAS
Secretaria
C.C. 37.917.267 de B/bermeja

texcómputo ltda

Bogotá D.C

Señores:

Fundacion universitaria del Area Andina
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Enfermera
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Vivianne Ochoa

No. de documento: 52914652

Tarjeta profesional No: 52914652

Dirección de contacto: Cra 105c #67-26

Teléfono: 3124245391

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.914.652**

LEON BALLARES
APELLIDOS

DEISY VIVIANA
NOMBRES

Viviana Leon
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1983**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

19-OCT-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00176889-F-0052914652-20090911 0015932761A 1 29167234

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14392626963

(415)7707212489984(8020) 000001439262696 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 1 4 6 5 2	4	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	52914652	2001 10 19

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEON	BALLARES	DEISY	VIVIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 105 C 67 26

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dvleon28@hotmail.com		4349344	3124245391

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
8692	2005 03 24						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2016 10 12

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:

Viviana León

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

984. Nombre: FLOREZ BRICEÑO ELBA CECILIA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 12-10-2016 11:38:24AM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 12-10-2016
Hora: 11:42:24 AM

CONTRIBUYENTE CC 52914652 DEISY VIVIANA LEON BALLARES

Información General

Dirección CR 105 C 67 26

Teléfonos 4349344-3124245391

Dirección electrónica dvleon28@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/10/2016

Soporte Inscripción 18085485

Fecha Inicio Actividades 24/03/2005

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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001237519

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

DEISY VIVIANA LEON BALLARES
C.C. 52.914.652
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-07-28
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2016-08-22



5065

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Reporte de profesionales sin plaza asignada en el sorte de plazas del 19/07/2016 para los profesionales del área de ENFERMERÍA

Fecha de Generación: 19/07/2016

Tipo identificación	Número de identificación
CC	29774740
CC	1053823239
CC	1079916129
CC	1022381771
CC	1093773492
CC	1143445967
CC	1014226240
CC	1033738053
CC	28821243
CC	1013611167
CC	1014240759
CC	1151944804
CC	1116723572
CC	80136689
CC	1088021346
CC	1075666576
CC	52914652
CC	1007801165
CC	1070603941
CC	1090482956
CC	1050959248
CC	1030573759
CC	1019083839
CC	1096036852
CC	1143366171
CC	1140849120
CC	1143248552
CC	1121909197
CC	4416135

Scanned by CamScanner

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 *

52914652

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 **DEISY VIVIANA LEÓN BALLARES** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.914.652, 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 veintiocho (28) días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis (2016).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola Parotiditis	Única	2 MAR 2013	H5280-2	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	←	1+_26-2002 PHP	
	2	←	X1-28-2007 PHP	
	3	16FEB06	FUA040C8 D HRW	
	4	08 AGO 2012		
	5			
Contra Hepatitis B	1	18 AGO 2012	03301019	
	2	22 SEP 2012	03301019	
	3	12 MAR 2013	03411007B	
		10 MAR 2014	143401Z	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Influenza	24 JUL 2015	M0602		
Contra Influenza	32302	22 NOV	2012	
	K7401	10 MAR	2014	
varicela 2		01 OCT 20	51012L0	
Otras VARICELA 1		4 MAR 20	35101160	
HB 1ra		18 AGO 2012	Lote: 3002035.01	
HB 2da		19 FEB 2013	Lote: 3002038.07	

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/16/2009

Código de prestador de servicios de la salud No.110010365901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13956-1
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud

Nit: 830.015.894-4



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 10 | 11 | 2016

EXAMEN: ☐ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico

NOMBRES: DEISY VIVIANA LEON BALLARES C.C. 52.914.652 EDAD: 33 SEXO M F

EMPRESA: HOSPITAL SANTA CLARA CARGO: ENFERMERA Tel.: Cel 3012245391

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

		NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral		OK	
Espirometria			
Audiometria			
Visiometria			
Optometria			
Electrocardiograma			
Psicología Laboral			
Radiología	Túnel/Carpo		
	Columna		
	Tórax		

	NORMAL	ANORMAL
Respiratorio	OK	
Dermatología	OK	
Osteomuscular	OK	
Cardiovascular	OK	
Vacunas		
Prueba de Equilibrio		
Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		

	NORMAL	ANORMAL
Serología		
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo		
Varios		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) — Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO		SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	SI	—	Aplazado	—	—
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo	—	—	No apto para este cargo	—	—
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel	—	—			

Examen PERIODICO satisfactorio SI — NO —

Examen de EGRESO satisfactorio SI — NO —

Apto para el cargo. Evasis osteomuscular Satisfactorio

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

1.	Higiene Postural	X	6.	Control Audiometrico		11.	Estilos de Vida Saludable	
2.	Pausas Activas	X	7.	Uso de Doble Proteccion Auditiva		12.	Evitar Posturas Prolongadas	
3.	Ergonomía del Puesto de Trabajo	X	8.	Control Optometrico Periodico		13.	Uso de Medias de Compresión Graduado	
4.	Uso de Elementos de Protección Personal	X	9.	Uso de Lentes permanentes		14.	Valoración y Manejo en IPS	
5.	Valoración por IPS de Medicina Laboral		10.	Control de Tension Arterial				

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

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

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS Dr. Camilo Velásquez Velasco Médico Laboral

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL — RM

Firma Trabajador: Viviana Leon

C.C. No. 52914652

Huella I.D.

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

N° 3131

Ley 115 de 1994 Modificada parcialmente por la Ley 1874 de 2017, por la cual se expide la LEY GENERAL DE EDUCACIÓN, decreto 114 de 1996, decreto 4909 de 2009 y decreto 1075 de 2015.

CERTIFICA A:

LEON BALLARES DEISY VIVIANA

C.C 52.914.652

Asistió y aprobó el Curso de Soporte Vital Avanzado
con una intensidad de 48 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 29 días del mes de Noviembre del 2018

Héctor M. Chala
Gerente

Dr. Camilo Rey Perez
RM 14858
Medico Cirujano -Instructor

Sede principal: Carrera 10 N° 26 – 24 Sur
Contacto: 7011026 - 3143606143

Scanned by CamScanner

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:

VIVIANA LEÓN

C.C.: 52914652

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) dias del mes de Noviembre de 2016

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

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

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

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:	10-12/18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Leon	Ballares	Dewy	Viviens	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC X	CE	RC	NUIP	52914652	Bogotá	2001/10/19
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1983/09/10	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) X	CASADO(A)		DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE			3124245391

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 105 c # 67-26	Bogotá	Cundinamarca	Bogotá Colombia	4349344

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
dvleon28@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC	CE	RC	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO		CUAL:	
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI	IVA	SI	NO X	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	8692
		NO X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL:	SECUNDARIA:
GRAN CONTRIBUYENTE	SI NO	AGENTE RETENEDOR		SI NO	AGENTE AUTORETENEDOR	SI NO	

Scanned by CamScanner

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	subred centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA												# NIT	
GOBIERNO	☐	SERVICIOS	☒	ID	☐								
EXPORTACIONES	☐	AGRICOLA	☐	ENERGETICA	☐	BANCARIA	☐	TRANSPORTE	☐	TECNOLOGIA	☐	ALIMENTOS	☐	MEDICAMENTOS	☐
OTRA	☐	CUAL	X												

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
cra 14 # 1-45	3283105	Bogotá	Cundinamarca	colombia
CARGO ACTUAL	Enfermero		**FECHA VINCULACION**	1-12-16

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	2880.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	2000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	200.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2880.000	TOTAL EGRESOS	1500.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	2000.000
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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rodriguez	Melo	Karen	Viviana
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 10B 75 # 4-25 sur	Bogotá	Amiga	4693856

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Bogotá	Ahorros	102664604	Av Carrera	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ 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 fon
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
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, ocupac
profesión, negocio, etc.):

Scanned by CamScanner

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 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 ultimos tres meses o certificación firmada por contador publico 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 suportados (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 articulo 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 comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación 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 ejecucion y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) La 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 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 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 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 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 pa 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. E 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, l relativos de la salud y los datos biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI d Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6 DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sid obligados a responderlas.

Scanned by CamScanner

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 14 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica 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:		

Scanned by CamScanner

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

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSION: 01

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52914682	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Deisy	Viviana	Jech	Ballares
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

10-09-1983	Bogotá	Cra 105 c #69-26	4349344
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	teléfono fijo

Medimas	Proteccion	2.200.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

divleon28@hotmail.com	3124245391
Correo Electrónico	Celular

Viviana Jech
Firma del Afliado

Nini Johanna Álvarez R.
Enfermera Profesional
R.M. 31125
C.U.D.A.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

Scanned by CamScanner

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora DEISY VIVIANA LEON BALLARES , identificada con Cédula Ciudadanía 52.914.652, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	DEISY VIVIANA LEON BALLARES		
Número de identificación:	52914652	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	PILA
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CRR 105 67 26	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	4349344	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52914652	Leon Ballares Deisy Viviana	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 3 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

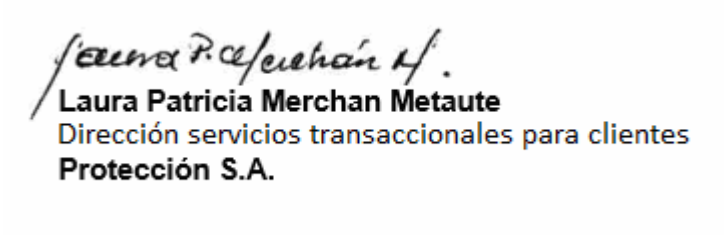
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEON BALLARES DEISY VIVIANA** identificado(a) con **CC** número **52.914.652** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de abril de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018120313531

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	52914652	DEISY V LEON BALLARES	SANTA CLARA-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/12/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 26 de Noviembre del año 2018.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118721856

WEB
13:11:57

Bogotá DC, 03 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) DEISY VIVIANA LEON BALLARES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52914652:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 03 de diciembre de 2018, a las 14:05:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52914652
Código de Verificación	529146521812031405 44

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

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2557300

Bogotá D.C., 24 de Noviembre de 2018 - 16:16 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS CATORCE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS**

52914652

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: 11_1EY95_1616
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 14:15:46 horas del 03/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52914652**
Apellidos y Nombres: **LEON BALLARES DEISY VIVIANA**

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

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

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

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

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LEON BALLARES DEISY VIVIANA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 52914652 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

[ ]	Cuenta Corriente No.	*- //
[X]	Cuenta de Ahorros No.	102664604 abierta desde el 12/11/15
[ ]	Créditos hasta por valor de	$0.00

CONCEPTO: CUENTA ACTIVA Y VIGENTE A LA FECHA

Se expide en BOGOTA el dia 10 del mes de Diciembre del año 2018 con destino a SUBRED CENTRO ORIENTE UNIDAD SANTA CLARA

Firma Autorizada

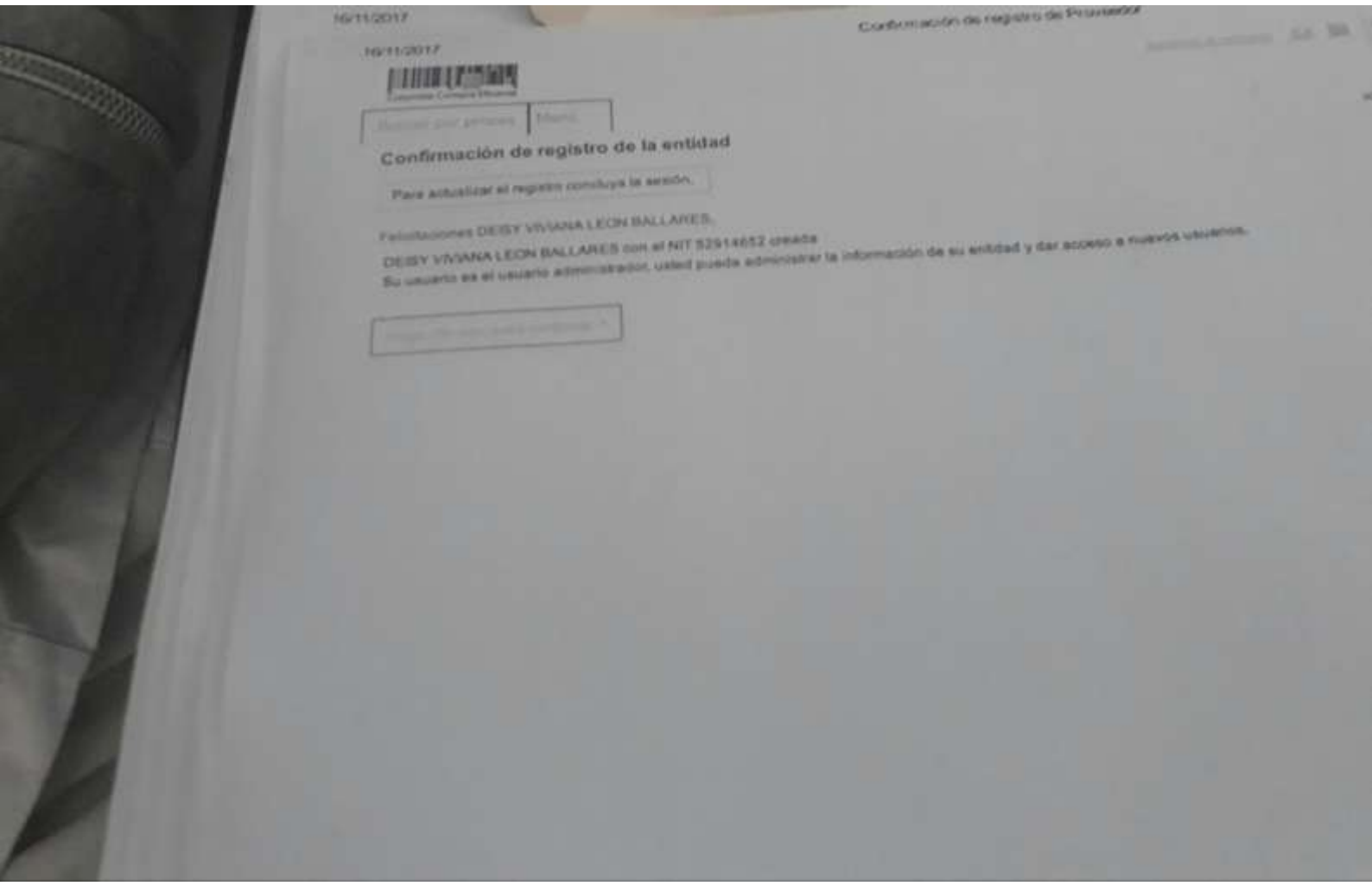
171 Carrera 19 Avenida Primero de Mayo

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner


16/11/2017
16/11/2017
Confirmación de registro de la entidad
Para actualizar el registro cierre la sesión.
Felicitaciones DEISY VIVIANA LEON BALLARES.
DEISY VIVIANA LEON BALLARES con el NIT 52914652 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

Última Actualización: 06-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LEON	BALLARES	DEISY VIVIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52914652

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 10 MES SEP AÑO 1983

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 105C# 67-26

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4349344

EMAIL dvleon28@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES NOVIEMBRE AÑO 2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		ENFERMERO (A)	7	2016	52914652

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	

Scanned by CamScanner

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO 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).

Bogotá, 6 diciembre 2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Viviana León P
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.

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 06-dic-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 06-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DEISY VIVIANA LEON BALLARES

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52914652 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CRA 105C# 67-26 **Teléfonos** 3124245391 4349344

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JULLY GINNED LEON BALLARES	1014200059	HERMANO(A)
EULALIA Ballares Peña	39528590	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	$ 15.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 1.000.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 2.800.000,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.800.000,00

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 Bogota	AHORROS	102664604	av primera de mayo	$ 12.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 06-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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Viviana Lch

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 06-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Centro Educativo Distrital

" Manuela Ayala de Gaitán "

Jornada Mañana

Autorizado por La Secreataría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., según Resolución No. 7442 del 13 de Noviembre de 1998

Confiere a:

Deisy Viviana León Ballares

T.I. 830910-09939 Santafé de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector(a) Secretaria

Centro Educativo Distrital Manuela Ayala de Gaitán

Registro Interno: Acta No. 15 Folio No. 09

Dado en Bogotá, D.C., a 23 de Noviembre del 2003

Tecnolaminados Ltda.

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

DEISY VIVIANA LEÓN BALLARES

C.C. No. 52.914.652 de Bogotá D.C.

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

ENFERMERA

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

Bogotá D.C., 28 de julio de 2016

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 8 Folio 198 Registro 47717 Fecha: 28 de julio de 2016

República de Colombia

Actual
EXTENSION Y EDUCACION CONTINUADA

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica No 22215 del 9 de diciembre de 1983 Ministerio de Educación

Certifica que:

Deisy Viviana León Ballares

C.C. No 52.914.652 de Bogotá

Terminó satisfactoriamente el programa de Auxiliar de Enfermería, aprobado por el Comité Nacional para la Formación del Recurso Humano en Salud del Ministerio de Salud, mediante acuerdo, Nº 43 del 30 de marzo de 2001, con una intensidad de 1.800 horas y cumplidas las exigencias reglamentarias, le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional como:

Técnico Auxiliar de Enfermería

Bogotá D.C., marzo 19 del 2004

Pablo Oliveros Marmolejo
Rector

Guillermo Arévalo Parada
Director de Programa

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

ACTA DE GRADO 778

En Bogotá D.C., el 28 de julio de 2016 a las 10:00 horas, convocados por Resolución Nacional 096 del 21 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz, y la Secretaria General (E), doctora Sonia Sierra González, para presidir la ceremonia de grado de **DEISY VIVIANA LEON BALLARES** con cédula de ciudadanía número 52914652 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 8, Folio 198, número 47717.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
SONIA SIERRA GONZÁLEZ, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 28 de julio de 2016.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General

SONIA SIERRA GONZÁLEZ
Secretaria General (E)

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

ACTA DE GRADO

El Director de la División de Extensión y Educación Continuada de la **FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA:** Que en el libro de Actas del Programa Técnico en Auxiliares de Enfermería de la Fundación, se encuentra el **ACTA DE GRADO 006**. Donde consta que en Bogotá a los diecinueve (19) días del mes de marzo de dos mil cuatro (2004) siendo las 15:00 horas, se reunieron en el auditorio de la Fundación Universitaria del Area Andina, el Director de la División de Extensión y Educación Continuada (Educación No Formal); Doctor **GUILLERMO AREVALO PARADA,** la Coordinadora Administrativa Señora **YULEDTH CONSTANZA RAMIREZ GOMEZ** y el cuerpo docente del Programa Técnico en Auxiliares de Enfermería, para presidir la ceremonia de grado de: **DEYSI VIVIANA LEON BALLARES,** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.914.652 de Bogotà, quién cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum y presentó, **PRACTICAS HOSPITALARIAS Y COMUNITARIAS,** cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el programa y habiéndose hecho merecedor a recibir el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional bajo resolución 22215 del 09 de diciembre de 1983 y según Acuerdo Número 43 del Comité Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, celebrado el 30 de marzo del 2001. Previa entrega de los diplomas se tomó el juramento de rigor a los graduados, quienes prometieron cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Acto seguido el señor Director presento su saludo.

Agotando el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firma el **ACTA.**

GUILLERMO AREVALO PARADA
Director

Acta Individual de Grado

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL
"MANUELA AYALA DE GAITAN"
Jornada Mañana
Calle 71 No. 75 - 11
Teléfono 224 8468
Bogotá, D.C.

Inscripción S.E.D.
6036
Inscripción DANE
11100146292

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 23 días del mes de Noviembre de 2000, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria de la Rectoria del CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL "MANUELA AYALA DE GAITAN", Institución aprobada hasta Nueva determinación en el Nivel de Educación Media y autorizada por La Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución 7442 del 13 de Noviembre de 1998.

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

Deisy Viviana León Ballares
T.I. 830910-09539 Santafé de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 15, a los 23 dias del mes de Noviembre de 2000, que consta de 18 alumnos. que comienza con el nombre de: ALVAREZ REDONDO WILSON FERNANDO y cierra con el nombre de: VALERO BARON LEYDY MARCELA.

Firma y sello:

Maria Alix Franco de Gutiérrez (Rectora) y Nelly Maria Contreras Contreras (Secretaria)

Dada en Bogotá, D.C., a los 23 días del mes de Noviembre de 2000.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Articulo 7o. del Decreto 180 de 1981.
No requiere se registrada en la Secretaria de Educación, según decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994.
(Firmado y sellado)

MARIA ALIX FRANCO DE GUTIERREZ
Rectora
C.C. 41.440.026 de Bogotá

NELLY MARIA CONTRERAS CONTRERAS
Secretaria
C.C. 37.917.267 de B/bermeja

texcómputo ltda

Bogotá D.C

Señores:

Fundacion universitaria del Area Andina
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Enfermera
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Vivianne Ochoa

No. de documento: 52914652

Tarjeta profesional No: 52914652

Dirección de contacto: Cra 105c #67-26

Teléfono: 3124245391

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.914.652**

LEON BALLARES
APELLIDOS

DEISY VIVIANA
NOMBRES

Viviana Leon
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1983**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

19-OCT-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00176889-F-0052914652-20090911 0015932761A 1 29167234

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14392626963

(415)7707212489984(8020) 000001439262696 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 1 4 6 5 2	4	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	52914652	2001 10 19

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEON	BALLARES	DEISY	VIVIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 105 C 67 26

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dvleon28@hotmail.com		4349344	3124245391

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
8692	2005 03 24						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2016 10 12

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:

Viviana León

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

984. Nombre: FLOREZ BRICEÑO ELBA CECILIA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 12-10-2016 11:38:24AM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 12-10-2016
Hora: 11:42:24 AM

CONTRIBUYENTE CC 52914652 DEISY VIVIANA LEON BALLARES

Información General

Dirección CR 105 C 67 26

Teléfonos 4349344-3124245391

Dirección electrónica dvleon28@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/10/2016

Soporte Inscripción 18085485

Fecha Inicio Actividades 24/03/2005

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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001237519

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

DEISY VIVIANA LEON BALLARES
C.C. 52.914.652
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-07-28
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2016-08-22



5065

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Reporte de profesionales sin plaza asignada en el sorte de plazas del 19/07/2016 para los profesionales del área de ENFERMERÍA

Fecha de Generación: 19/07/2016

Tipo identificación	Número de identificación
CC	29774740
CC	1053823239
CC	1079916129
CC	1022381771
CC	1093773492
CC	1143445967
CC	1014226240
CC	1033738053
CC	28821243
CC	1013611167
CC	1014240759
CC	1151944804
CC	1116723572
CC	80136689
CC	1088021346
CC	1075666576
CC	52914652
CC	1007801165
CC	1070603941
CC	1090482956
CC	1050959248
CC	1030573759
CC	1019083839
CC	1096036852
CC	1143366171
CC	1140849120
CC	1143248552
CC	1121909197
CC	4416135

Scanned by CamScanner

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 *

52914652

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 **DEISY VIVIANA LEÓN BALLARES** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.914.652, 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 veintiocho (28) días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis (2016).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola Parotiditis	Única	2 MAR 2013	H5280-2	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	←	1+_26-2002 PHP	
	2	←	X1-28-2007 PHP	
	3	16FEB06	FUA040C8 D HRW	
	4	08 AGO 2012		
	5			
Contra Hepatitis B	1	18 AGO 2012	03301019	
	2	22 SEP 2012	03301019	
	3	12 MAR 2013	03411007B	
		10 MAR 2014	143401Z	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Influenza	24 JUL 2015	M0602		
Contra Influenza	32302	22 NOV	2012	
	K7401	10 MAR	2014	
varicela 2		01 OCT 20	51012L0	
Otras VARICELA 1		4 MAR 20	35101160	
HB 1ra		18 AGO 2012	Lote: 3002035.01	
HB 2da		19 FEB 2013	Lote: 3002038.07	

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/16/2009

Código de prestador de servicios de la salud No.110010365901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13956-1
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud

Nit: 830.015.894-4



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 10 | 11 | 2016

EXAMEN: ☐ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico

NOMBRES: DEISY VIVIANA LEON BALLARES C.C. 52.914.652 EDAD: 33 SEXO M F

EMPRESA: HOSPITAL SANTA CLARA CARGO: ENFERMERA Tel.: Cel 3012245391

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

		NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral		OK	
Espirometria			
Audiometria			
Visiometria			
Optometria			
Electrocardiograma			
Psicología Laboral			
Radiología	Túnel/Carpo		
	Columna		
	Tórax		

	NORMAL	ANORMAL
Respiratorio	OK	
Dermatología	OK	
Osteomuscular	OK	
Cardiovascular	OK	
Vacunas		
Prueba de Equilibrio		
Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		

	NORMAL	ANORMAL
Serología		
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo		
Varios		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) — Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO		SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	SI	—	Aplazado	—	—
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo	—	—	No apto para este cargo	—	—
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel	—	—			

Examen PERIODICO satisfactorio SI — NO —

Examen de EGRESO satisfactorio SI — NO —

Apto para el cargo. Evasis osteomuscular Satisfactorio

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

1.	Higiene Postural	X	6.	Control Audiometrico		11.	Estilos de Vida Saludable	
2.	Pausas Activas	X	7.	Uso de Doble Proteccion Auditiva		12.	Evitar Posturas Prolongadas	
3.	Ergonomía del Puesto de Trabajo	X	8.	Control Optometrico Periodico		13.	Uso de Medias de Compresión Graduado	
4.	Uso de Elementos de Protección Personal	X	9.	Uso de Lentes permanentes		14.	Valoración y Manejo en IPS	
5.	Valoración por IPS de Medicina Laboral		10.	Control de Tension Arterial				

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

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

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS Dr. Camilo Velásquez Velasco Médico Laboral

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL — RM

Firma Trabajador: Viviana Leon

C.C. No. 52914652

Huella I.D.

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

N° 3131

Ley 115 de 1994 Modificada parcialmente por la Ley 1874 de 2017, por la cual se expide la LEY GENERAL DE EDUCACIÓN, decreto 114 de 1996, decreto 4909 de 2009 y decreto 1075 de 2015.

CERTIFICA A:

LEON BALLARES DEISY VIVIANA

C.C 52.914.652

Asistió y aprobó el Curso de Soporte Vital Avanzado
con una intensidad de 48 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 29 días del mes de Noviembre del 2018

Héctor M. Chala
Gerente

Dr. Camilo Rey Perez
RM 14858
Medico Cirujano -Instructor

Sede principal: Carrera 10 N° 26 – 24 Sur
Contacto: 7011026 - 3143606143

Scanned by CamScanner

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:

VIVIANA LEÓN

C.C.: 52914652

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) dias del mes de Noviembre de 2016

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

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

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

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:	10-12/18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Leon	Ballares	Dewy	Viviens	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC X	CE	RC	NUIP	52914652	Bogotá	2001/10/19
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1983/09/10	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) X	CASADO(A)		DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE			3124245391

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 105 c # 67-26	Bogotá	Cundinamarca	Bogotá Colombia	4349344

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
dvleon28@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC	CE	RC	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO		CUAL:	
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI	IVA	SI	NO X	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	8692
		NO X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL:	SECUNDARIA:
GRAN CONTRIBUYENTE	SI NO	AGENTE RETENEDOR		SI NO	AGENTE AUTORETENEDOR	SI NO	

Scanned by CamScanner

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	subred centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA												# NIT	
GOBIERNO	☐	SERVICIOS	☒	ID	☐								
EXPORTACIONES	☐	AGRICOLA	☐	ENERGETICA	☐	BANCARIA	☐	TRANSPORTE	☐	TECNOLOGIA	☐	ALIMENTOS	☐	MEDICAMENTOS	☐
OTRA	☐	CUAL	X												

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
cra 14 # 1-45	3283105	Bogotá	Cundinamarca	colombia
CARGO ACTUAL	Enfermero		**FECHA VINCULACION**	1-12-16

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	2880.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	2000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	200.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2880.000	TOTAL EGRESOS	1500.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	2000.000
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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rodriguez	Melo	Karen	Viviana
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 10B 75 # 4-25 sur	Bogotá	Amiga	4693856

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Bogotá	Ahorros	102664604	Av Carrera	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ 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 fon
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
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, ocupac
profesión, negocio, etc.):

Scanned by CamScanner

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 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 ultimos tres meses o certificación firmada por contador publico 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 suportados (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 articulo 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 comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación 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 ejecucion y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) La 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 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 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 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 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 pa 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. E 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, l relativos de la salud y los datos biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI d Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6 DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sid obligados a responderlas.

Scanned by CamScanner

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 14 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica 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:		

Scanned by CamScanner

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

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSION: 01

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52914682	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Deisy	Viviana	Jech	Ballares
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

10-09-1983	Bogotá	Cra 105 c #69-26	4349344
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	teléfono fijo

Medimas	Proteccion	2.200.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

divleon28@hotmail.com	3124245391
Correo Electrónico	Celular

Viviana Jech
Firma del Afliado

Nini Johanna Álvarez R.
Enfermera Profesional
R.M. 31125
C.U.D.A.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

Scanned by CamScanner

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora DEISY VIVIANA LEON BALLARES , identificada con Cédula Ciudadanía 52.914.652, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	DEISY VIVIANA LEON BALLARES		
Número de identificación:	52914652	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	PILA
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CRR 105 67 26	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	4349344	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52914652	Leon Ballares Deisy Viviana	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 3 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

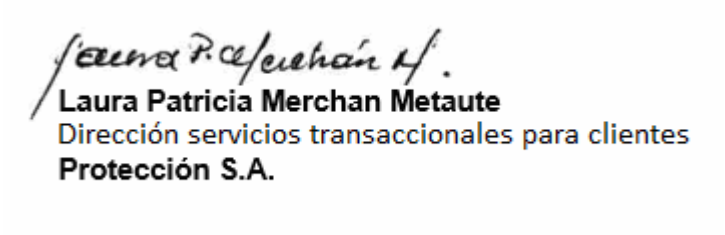
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEON BALLARES DEISY VIVIANA** identificado(a) con **CC** número **52.914.652** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de abril de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018120313531

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	52914652	DEISY V LEON BALLARES	SANTA CLARA-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/12/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 26 de Noviembre del año 2018.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118721856

WEB
13:11:57

Bogotá DC, 03 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) DEISY VIVIANA LEON BALLARES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52914652:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 03 de diciembre de 2018, a las 14:05:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52914652
Código de Verificación	529146521812031405 44

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

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2557300

Bogotá D.C., 24 de Noviembre de 2018 - 16:16 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS CATORCE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS**

52914652

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: 11_1EY95_1616
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 14:15:46 horas del 03/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52914652**
Apellidos y Nombres: **LEON BALLARES DEISY VIVIANA**

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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 14:15:46 horas del 03/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52914652**
Apellidos y Nombres: **LEON BALLARES DEISY VIVIANA**

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

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

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

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

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LEON BALLARES DEISY VIVIANA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 52914652 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

[ ]	Cuenta Corriente No.	*- //
[X]	Cuenta de Ahorros No.	102664604 abierta desde el 12/11/15
[ ]	Créditos hasta por valor de	$0.00

CONCEPTO: CUENTA ACTIVA Y VIGENTE A LA FECHA

Se expide en BOGOTA el dia 10 del mes de Diciembre del año 2018 con destino a SUBRED CENTRO ORIENTE UNIDAD SANTA CLARA

Firma Autorizada

171 Carrera 19 Avenida Primero de Mayo

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Scanned by CamScanner