

Información

ID constancia SECOP CO1.RECEIPT.5818507
Fecha de creación: 2/12/2018 5:36:34 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*
Evento: Envío
Realizado por (Proveedor): Sonia Alejandra Casallas Prieto
Realizado por (usuario): Sonia Alejandra Casallas Prieto
Tipo de documento: Contrato
Referencia del documento: CO1.SLCNTR.682139
Título del documento: Aceptación del contrato
Documento firmado: No
Número de anexos 1

Lista de documentos anexos

Lista de documentos anexos

Nombre	Descripción	Firmado
PS 1592 2018.pdf	PS 1592 2018.pdf	No firmado

Proveedores seleccionados

Nombre de la entidad	País
Sonia Alejandra Casallas Prieto	CO

Información

Ámbito de aplicación: Proceso
Número del proceso
Entidad Estatal SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Información de sello de tiempo

Autoridad de sello de tiempo: VortalTSA
Sello de tiempo (UTC): 12/02/2018 22:36:36
Fecha de expiración: 5/26/2030 6:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*
Código hash: 1UxLK+h1Okon4Ofs0hlc8pTTd34=
Descargar sello de tiempo

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 09-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CASALLAS	PRIETO	SONIA ALEJANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1013632980

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES MAY AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 12B # 13 - 55 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3613037

EMAIL pituicito28@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	12	X		MÉDICO	1	2016	1013632980

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	

3 EXPERIENCIA LABORAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 09-dic-2018

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

EMPLEO O CONTRATO

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
+57 1 3444 484	DIA 1 MES 8 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO	URGENCIAS	Cra. 14b #1-45 sur, Bogotá

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
NUESTRA IPS		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3 07 83 13	DIA 9 MES 6 AÑO 2017	DIA 31 MES 7 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	CARRERA 13 # 8 -09 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Tolima	Prado	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202000465	DIA 8 MES 2 AÑO 2016	DIA 8 MES 2 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	URGENCIAS - CONSULTA EXTERNA	CALLE 13 No. 3A - 78

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

PUBLICO	1	11
PRIVADO	1	1

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 09-dic-2018

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

BOGOTÀ D.C. 09-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Alejandra Casallas.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 09-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1013632980 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección carrera 12B # 13 - 55 sur **Teléfonos**3142912808 3613037 Y TENIENDO COMO

PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE OLIVERIO CASALLAS CUBIDES	79328737	PADRE
LUZ OMAIRA PRIETO MUÑOZ	52033125	MADRE
LAURA NATALIA CASALLAS PRIETO	1034396910	HERMANO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ⊗

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 7.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 7.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008300752329	RESTREPO	$ 100.000,00
BANCOLOMBIA	AHORROS	41135516552	RESTREPO	$ 1.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	FORD FIESTA PLACA EIZ - 026	$ 55.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

MI PLANILLA	PENSIONES - ARL- EPS	$ 700.000,00
COMPENSAR	PLAN COMPLEMENTARIO	$ 1.536.898,00
TIGO MOVIL	TELEFONIA MOVIL	$ 72.000,00
DAVIVIENDA	CREDITO VEHICULO	$ 800.000,00

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
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE	MEDICO GENERAL
CORPORACION NUESTRA IPS	MEDICO GENERAL

3. FIRMA

Alejandro Casallas.

BOGOTÁ D.C. 09-dic-2018

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio de Nuestra Señora del Pilar - Sur

Hermanas de la Caridad de Santa Ana

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 126 del 6 de enero de 1988 y Reconocido por la Secretaría de Educación del Distrito Capital según Resolución No. 7528 del 20 de noviembre de 1998.

Confiere a:

Sonia Alejandra Casallas Prieto

Identificada con T.I. No. 92052857190 de Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según el Proyecto Educativo Pilarista.

Rectora

Secretaria

Dado en Bogotá, D.C., a 29 de noviembre de 2008

Anotado al Folio No. 47 Libro de Registro del Colegio No. 2

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Personeria Jurídica No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

Considerando que

Sonia Alejandra Casallas Prieto

C.C. 1.013.632.980 de Bogotá

Cumplió los requisitos académicos exigidos para optar al grado universitario, le confiere el título de

Médico

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos el presente Diploma en Bogotá D.C. a los veintiún (21) días del mes de enero del año dos mil dieciséis (2016

Mario Arturo Isaza Ruget
Rector

Juan de Francisco Zambrano
Decano

Johns Steve Navarro Lara
Secretario General

Anotado al Folio No.00278 Libro de registro No. 08
15BO57PR000789

COLEGIO DE NUESTRA SEÑORA DEL PILAR - SUR

Hermanas de la Caridad de Santa Ana

Calle 11 Sur No. 9 - 11 Teléfono: 246 77 57

NIT: 860.020.658 - 1 DANE: 311001009341

e-mail: colegiopilarsur@latinmail.com

Bogotá, D.C.

INSCRIPCIÓN S.E. 727 INSCRIPCIÓN DANE 311001009341

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Bogotá, D.C., a 29 días del mes de Noviembre del año 2008 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las alumnas de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria, en la Rectoría del Colegio de Nuestra Señora del Pilar Sur, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académico según Resolución No. 126 del 6 de enero de 1988.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO a las graduandas cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Sonia Alejandra Casallas Prieto

Identificada con T.I. No. 92052857190 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 038 de fecha 29 de noviembre de 2008 que consta de 131 alumnas que comienza con el nombre de JENNY MARCELA ACOSTA GÓMEZ y se cierra con el nombre DIANA CAROLINA ZAMBRANO ASCENCIO.

Esta Acta Individual de Grado, reemplaza en todas sus formas y trámites el Registro del Título de Bachiller, de acuerdo al Artículo 2° del Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, emanado del Ministerio de Educación Nacional y debe autenticarse en la Notaría 23, cra. 13 No. 27-94.

Firmado y Sellado por Hna. ODELIA SEPÚLVEDA M. (Rectora) y AMANDA ROBAYO CÁRDENAS (Secretaria).

Dado en Bogotá, D.C., a 29 de Noviembre de 2008.

C.C. No. 28 159 520 de Cúcuta, Santander
Rectora

C.C. No. 41 475 177 de Bogotá
Secretaria

Fundación
Universitaria
Sanitas

Personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

FACULTAD DE MEDICINA

ACTA DE GRADO No. 0675
(Folio 00278 del libro 08)

En la ciudad de Bogotá, a los veintiún (21) días del mes de enero del año dos mil dieciséis (2016), la Fundación Universitaria Sanitas, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional de la misma, como consta en el registro SNIES No. 20603, llevó a cabo el acto solemne de graduación mediante el cual, previo juramento, otorga el título de

MÉDICO

A

SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO

Identificado(a) con C.C. No. 1.013.632.980 de Bogotá, quien cumplió con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para conferir dicho título profesional. Por lo tanto, se le hizo entrega del Diploma No. 15BO57PR000789 que lo(a) acredita como tal.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Firmada por: **MARIO ARTURO ISAZA RUGET** - Rector, **JUAN DE FRANCISCO ZAMBRANO** - Decano Facultad de Medicina, y **JOHNS STEVE NAVARRO LARA** - Secretario General.

Es fiel copia tomada del original, expedida en Bogotá, el veintiuno (21) de enero del año dos mil dieciséis (2016).

JOHNS STEVE NAVARRO LARA
Secretario General

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL" E.S.E.
PRADO TOLIMA
NIT: 890.701.490-3

LA SUSCRITA GERENTE DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E DE PRADO – TOLIMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IDENTIFICADA CON EL NIT. 890.701.490-3

CERTIFICA

Que la Doctora **SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO**, identificada con Cedula de Ciudadanía No.1.013.632.980 expedida en Bogotá, fue nombrada para desempeñar el cargo de Profesional en Servicio Social Obligatorio en nuestra Institución como Medico, a partir del ocho (08) de Febrero del año 2016, según Resolución Numero 038 de Febrero 08 de 2016, y Acta de Posesión No. 132 de Febrero 08 de 2016.

Que la Doctora **SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO,** cumplió con todos los Programas y Actividades que le fueron asignadas por la Secretaria de Salud del Tolima.

Que el cargo y localidad antes mencionados eran válidos para la prestación del Servicio Social Obligatorio, CODIGO 7356300391011-2 según Formulario No. 101 de Marzo 26 de 2008 Resolución 435 del 26 de marzo de 2008.

Que en consecuencia la Doctora **SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO,** ha cumplido con el Servicio Social obligatorio al tenor de la Ley 52 de 1964 y decretos reglamentarios y la resolución No. 0109 de 1967, por el termino comprendido del 08 de Febrero del año 2016 al 07 de febrero de 2017.-

La presente certificación se expide para trámites del registro del Diploma como **MEDICO**

Dada en Prado Tolima, hoy a los siete (07) días de Febrero de dos mil Diecisiete (2017).

MARIA DERLY REYES ALVAREZ
Gerente E.S.E

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

Bogotá, D.C

Señores

Fundación Universitaria Sanitas

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Sara Alejandra Casallas Prieto, en consideración a que el articulo 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 articulo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "*el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…*"

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

Médico

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Sara Alejandra Casallas Prieto

No. de documento: 1013632980

Tarjeta profesional No.: 1013632980

Dirección de contacto: Cra 92 B # 13-55

Teléfono: 3142012808

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.632.980

CASALLAS PRIETO

APELLIDOS

SONIA ALEJANDRA

NOMBRES

Sonia A. Casallas P.

FIRMA





HUELLA DEL INDICE

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-JUN-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00261054-F-1013632980-20101021 0024459595A 1 34753819

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 08-07-2017
Hora: 11:18:08 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1013632980-3 SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO

Información General

Dirección CR 12B 13 55 SUR

Teléfonos 3142912808-3613037

Dirección electrónica pituicito28@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 08/07/2017

Soporte Inscripción 23276561

Fecha Inicio Actividades 08/02/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002061684

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14420200870

(415)7707212489984(8020) 000001442020087 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1013632980	3	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	1013632980	2010 06 21

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
CASALLAS	PRIETO	SONIA	ALEJANDRA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 12 B 13 55 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
pituicito28@gmail.com		3142912808	3613037

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad: (Año Mes Día)	48. Código:	49. Fecha inicio actividad: (Año Mes Día)	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8621	2016 02 08					2221	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2017 07 05

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: CASALLAS PRIETO SONIA ALEJANDRA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO

C.C o C.E 1013632980

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad



CMC2017-24091

Institución de Educación
F. U. SANITAS

Ciudad **BOGOTA D.C.**

Fecha de expedición diploma **21/01/2016**

Fecha de inscripción RETHUS **30/05/2017**

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento publico y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada favor devolverla al Colegio Medico Colombiano Cra 16 C # 121-40 Ofic 201
info@colegiomedicocolombiano.org

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E
PRADO – TOLIMA
NIT: 890.701.490-3

RESOLUCION NÚMERO 038

(Febrero 08 de 2016)

POR MEDIO DE LA CUAL HACE UN NOMBRAMIENTO DE UN EMPLEADOS EN CUMPLIMINETO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIA

La Gerente del Hospital San Vicente de Paul ESE, del Municipio de Prado Tolima en uso de sus atribuciones legales y reglamentarias en especial las contenidas en la Ley 443 de 1998 y el Acuerdo 012 de Marzo de 1996 y

CONSIDERANDO:

Que el cargo de Médico del Servicio Social Obligatorio de planta CODIGO 217, del Hospital San Vicente de Paul ESE de Prado se encuentra vacante por terminación del periodo para el cual fue designado su titular en cumplimiento de la Resolución 135 del 14 de Abril de 2009, emitida por la Alcaldía Municipal de Prado Tolima.

En aras de que la institución no sufra traumatismo en el área de Medicina y garantizar un servicio a la comunidad oportuno, suficiente e eficaz, es necesario llenar la vacante de Médico del Servicio Social Obligatorio.

Que por estar vacante el cargo de Médico del Servicio Social Obligatorio de Planta CODIGO 217, deberá nombrarse su reemplazo para que ejerza sus funciones de Médico del Servicio Social Obligatorio.

Que en virtud de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Nombrar a **SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.013.632.980 de Bogotá D.C, en el cargo de Médico del Servicio Social Obligatorio, código 217 del Hospital San Vicente de Paul de Prado Tolima, con una Asignación mensual de DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS ($2.229.673) M/CTE, por el término de un (01) año, tal como quedó establecido por la Secretaria de Salud del Tolima para el cumplimiento del servicio Social Obligatorio, según Plaza M268 Formulario 101 del 26 de Marzo de 2008

ARTICULO SEGUNDO: Désele posesión del cargo, previa las formalidades de la Ley e informase de la presente novedad al empleado y la oficina de personal para lo de su competencia

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Prado, Tolima, en el despacho de Gerencia del Hospital San Vicente de Paul, a los Ocho (08) días del mes de Febrero de 2016

DIANA MORENO CONTRERAS
Gerente Hospital San Vicente de Paul E.S.E.

Resultado General -2018-12-09→10:48:25 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1013632980	SONIA	ALEJANDRA	CASALLAS	PRIETO	Ver

Información Detallada [CC: 1013632980] SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO

2018-12-09→10:48:25 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	MEDICINA	2017/5/30	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-014095

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.013.632.980 de BOGOTA T.P. o R.M. No. 1013632980 expedida por COLEGIO MEDICO COLOMBIANO, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Cuatro (04) días del mes de Diciembre de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

F. Henao G.

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD
Presidente

Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975 Fax 6279587 Bogota D.C.
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

7063064

Nombre.	CASALLAS PRIETO SONIA ALEJANDRA			Fecha de recepcion:	06-jul-2017 9:09 am
Identificacion	CC 1013632980	Tel.	3613037-3167521976	Fecha de impresion:	06-jul-2017 4:55 pm
Edad	24 Años 6 Meses 24 Dias	Sexo	F	Empresa	COLCAN - SALUD OCUPACIONAL
Medico	MEDICOS VARIOS			Sede	SALUD OCUPACIONAL CALLE 4
No. Ordenamiento				Fecha Validacion	06-jul-2017 4:27:00p.m.

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

IVAN GIOVANNI RAMIREZ AYALA
CC. 88.272.036
BACTERIOLOGO

COLCAN
SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre:	CASALLAS PRIETO SONIA ALEJANDRA	Identificación:	CC 1013632980
Genero:	Femenino	Edad:	25 AÑOS
Cargo:	MEDICO GENERAL	Orden No.	65931
Fecha de ingreso:	06/07/2017 09:09 a. m.	Fecha de salida:	06/07/2017 04:57 p. m.
Empresa:	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49	Destino:	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49



Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO DE INGRESO

Exámenes realizados:

Laboratorio Clínico Examen Medico De Ingreso

Concepto SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Restricciones:

NINGUNA

Recomendaciones - Observaciones - Remisiones

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, SE SUGIEREN PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES; DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, EJERCICIO AERÓBICO 150 MINUTOS A LA SEMANA, EJERCICIO DE FUERZA 90 MINUTOS A LA SEMANA, NO CONSUMIR ALCOHOL NI TABACO
REQUIERE NUEVO ESQUEMA DE VACUNACION PARA HEPATITIS B

Incluir en SVE No
Programa de Promoción y Prevención No

Sonia Casallas
1013632480

Nombre Médico Evaluador
COPETE JIMENEZ DIANA CATALINA
Registro médico: 2771 Lic SO: 9937 de 2016

Paciente
CASALLAS PRIETO SONIA ALEJANDRA
CC 1013632980

Sede principal: Calle 49 No. 13 -60 Tel. 7447555 Opción 4
Sede 45 Calle 45 No. 8 - 96 Tel. 3406320

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
Nit: 900.386.745-5

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL
GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente
CONSTANCIA A:

SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO
C.C. 1.013.632.980

Por su participación como asistente del curso taller de:

"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL"
"40 HORAS"

Entregado en la ciudad de Bogotá (Cundinamarca).
El dia 02 de Diciembre de 2017.

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas). Según Resolución 0459 del 2012.

Temario: Pasos fundamentales en la atención integral de las victimas de violencia sexual, Atención inicial a nivel psicosocial y comunicación asertiva con las victimas de violencia sexual infantil, Recepción inmediata de la victima de violencia sexual en el servicio de urgencias, Valoración clinica inicial de la victima., Examen clinico general de la victima en violencia sexual, Pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la victima de abuso sexual, Señales de alerta para identificar una victima de violencia sexual infantil, Prevención de la violencia sexual infantil y detección oportuna, Cadena de custodia.
LICENCIA No 4461 de 29/04/2013.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Director Científico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No 20511/05
Instructor BLS-ACLS GCE

E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Barranquilla: Calle 72 con 67 esquina Of. 14 Tel: (5) 320 1207 - 319 0341
Bogotá D.C.: Calle 71 No. 14 - 71 Piso 4 Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Líneas Nacionales: 01 8000-942270 - 310 745 1759

"Lo bueno del grupo es estar en el"

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias

Nit: 900.360.743-6

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente

SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO
C.C. 1.013.632.980

Por su participación como asistente de los cursos de:

"SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO "BLS - ACLS"

ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA BÁSICA Y AVANZADA "48 HORAS"

Entregado en la ciudad de Bogotá (Cundinamarca)
El día 22 de Octubre de 2017.

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).
Temario: Patologías, situaciones y ritmos que advierten un paro cardio-respiratorio, Código azul en salas de urgencias y reanimación, Manejo avanzado de la vía aérea, Técnicas de intubación, Farmacología y utilización de medicamentos en la reanimación avanzada, Manejo del Desfibrilador Externo Automático (DEA), Manejo del Cardio Desfibrilador, Síndromes coronarios agudos, Abordaje al paciente con Evento cerebro vascular, Cuatro ritmos de paro y abordaje con software interactivo, Manejo del diagnóstico diferencial (6T y 6H), Código azul y Mega códigos talleres prácticos y Software.
Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardiopulmonar guías 2015-2020, de acuerdo lo que exige la resolución 2003/2014 para el personal del equipo de salud.
LICENCIA No 4461 de 29/04/2011.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Director Científico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No 20511/05
Instructor BLS-ACLS GCE

E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Barranquilla: Calle 72 No. 57-58 Piso 2 Ofic.14 Tel: (5) 320 1207 - 319 8341
Bogotá D.C.: Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Líneas Nacionales: 018000-942270 - 310 745 1759

"Lo bueno del grupo es estar en el"
grupocolombianodeemergencias
@grupocolombiano
www.grupocolombianodeemergencias.com

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO identificado(a) con cedula ciudadania 1.013.632.980 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170222	No Registrada	363

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10492303

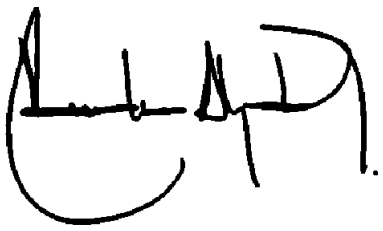
Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,013,632,980**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1013632980	Seguros Bolivar.
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Sara	Alejandra	Casallas	Prieto.

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
28/05/1992	Bogotá	Cra 12B #13-55	3613037

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Compensar	Porvenir	$ 5'000.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Médico General.	

Correo Electrónico	Celular
pitucito28@gmail.com	3142912808.

Alejandra Casallas.
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 1022353716

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118920274

WEB
22:46:42

Bogotá DC, 06 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) SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013632980:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 06 de diciembre de 2018, a las 22:52:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013632980
Código de Verificación	1013632980181206225232

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2594100

Bogotá D.C., 6 de Diciembre de 2018 - 22:59 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: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS OCHENTA**

1013632980

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_F4MNX_5522
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 22:57:50 horas del 06/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1013632980**

Apellidos y Nombres: **CASALLAS PRIETO SONIA ALEJANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **07/12/2018**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora SONIA ALEJANDRA CASALLAS PRIETO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1013632980**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550008300752329**
Fecha de apertura	**18/09/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
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:	10/18/12	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Casallas	Prieto	Saira	Alejandra

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1013632980	Bogotá	2010/06/21.
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
05/28/92	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A)	0	0	3142912808

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 2B #13-55	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	3613037.

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐
ptwdto28@gmail.com				

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)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	8621
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

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

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		# NIT	
GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐ SALUD ☐		

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 #5-43	3649666	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Médico general	**FECHA VINCULACION**		

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	1'200.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	5'000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	3'000.000	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	5'000.000 $0	TOTAL EGRESOS	4'200.000 $0	TOTAL ACTIVOS	$0	TOTAL PASIVOS	$0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Casallos	Cubides	Jose.	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 13 # 13-55	Bogota	Padre	3162368748.

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta de ahorros	008300752329		

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 fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

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

Médico general.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Sara Alejandra Casallas Prieto.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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:		