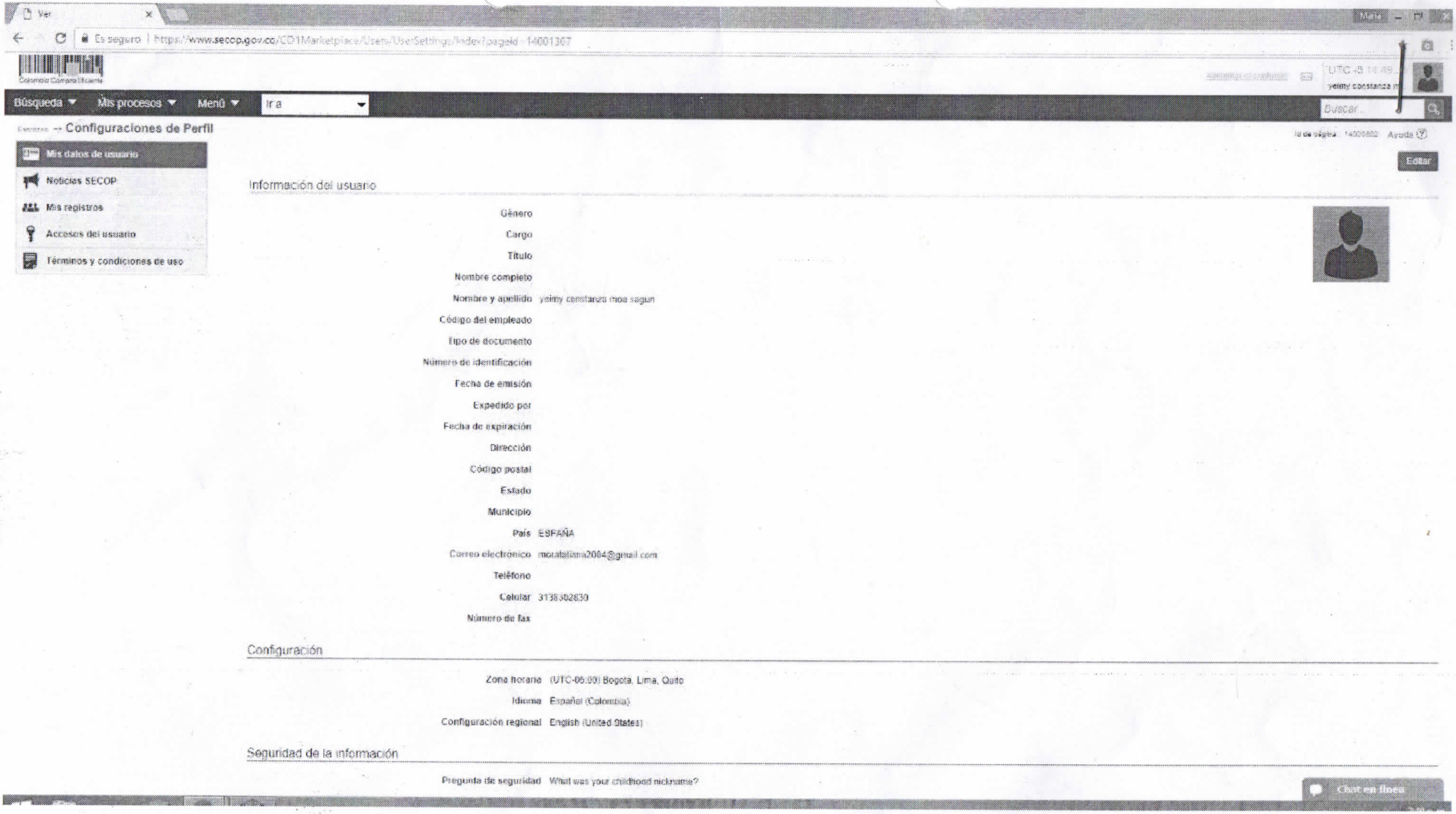

Ver
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageId=14001307
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Editar
Información del usuario
Género
Cargo
Título
Nombre completo
Nombre y apellido yelmy constanza mora segun
Código del empleado
Tipo de documento
Número de identificación
Fecha de emisión
Expedido por
Fecha de expiración
Dirección
Código postal
Estado
Municipio
País ESPAÑA
Correo electrónico moratatiana2004@gmail.com
Teléfono
Celular 3138302830
Número de fax
Configuración
Zona horaria (UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional English (United States)
Seguridad de la información
Pregunta de seguridad What was your childhood nickname?
Chat en línea

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*
MORA	SAGUN	YEIMY CONSTANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53015032

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES NOV AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 7 este numero 1 A 35 interior 1

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2895132

EMAIL moratatiana2004@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°.* X	MES DICIEMBRE AÑO 2001

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ocupar temporales	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: atencliente@marly.com.co	
TELÉFONOS: 3905555	FECHA DE INGRESO: DIA 16 MES 8 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO: DIA 15 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	DEPENDENCIA: Marly	DIRECCIÓN: calle 50 numero 9 67	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Armonia cuidados especiales	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: info@armoniace.com	
TELÉFONOS: 2134747	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 12 AÑO 2007	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 5 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	DEPENDENCIA: piso	DIRECCIÓN: calle 120a numero 7 86	

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	7	4
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 09-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

EDITH MORA. S

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, yeimy constanza mora sagun

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 53015032 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección carrera 7 este numero 1 A 35 interior 1 **Teléfonos** 3138302830 2895132

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
lizeth tatiana beltran mora	1026551788	HIJO(A)
juan david pineda mora	1010199132	HIJO(A)
kevin alejandro pineda mora	1010199132	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 1.494.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008400766922	20 DE JULIO	$ 0,00

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** ○ **N** ⊗ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

YEIMY CONSTANZA MORA S

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota 24-NOV-17

CIUDAD Y FECHA

Acta Individual de Grado

Instituto Siervas de la Madre de Dios

Religiosas Siervas de la Madre de Dios

Transversal 8A Este No. 8A-12 - Teléfono 233 73 99

Bogotá, D.C.

DANE: 311001024383
ICFES: 098921

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 1 día del mes de Diciembre del año 2001, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del

Instituto Siervas de la Madre de Dios

Institución aprobada en el nivel de Educación Media
por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
para otorgar el Título de

BACHILLER ACADÉMICO
con Énfasis en Contabilidad Sistematizada, Informática e Inglés
según Resolución No. 2869 del 22 de agosto de 2000.

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 Título de

Bachiller Académico

con Énfasis en Contabilidad Sistematizada, Informática e Inglés

Al graduando cuyos nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

Yeimy Constanza Mora Sagún

Identificada con T.I. No. 841114-53178 de Santa Fe de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General No. 001 de fecha 1 de Diciembre de 2001, que consta de Veintiocho (28) alumnos, que comienza con el nombre de

William David Alarcon Vanegas y se cierra con el nombre de Jhonny Alexander Vivas C.

Firmada y sellada por Hna. FLOR ELVIRA CASTILLO ARCOS (Rectora)
y ALMA PIEDAD JIMÉNEZ C. (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C., a los 1 días del mes de Diciembre del año 2001

La República de Colombia
y en su nombre el
Centro de Prevención, Educación y Salud

PREDESALUD

Instituto de Educación No formal

Debidamente autorizado por la Secretaria de Educación del Distrito Capital según Resolución No. 8679 del 09 de Diciembre de 1997, y acuerdo No. 20 del 11 de Julio de 1997 del Ministerio de Salud

Otorga el presente

Certificado de Técnico Laboral
en Auxiliar de Enfermería a:

Yeimy Constanza Mora Sagun

C.C. No. 53.015.032 de Bogotá, D.C.

Con una intensidad de 2.084 horas
En Bogotá, D.C., a los 13 días del mes de Diciembre de 2003

Centro de Prevención y Educación en Salud PREDESALUD Director

Centro de Prevención y Educación en Salud PREDESALUD Secretaria

Centro de Prevención, Educación y Salud

PREDESALUD

Acta de Grado No. 014

En la ciudad de Bogotá D.C. el día 13 de Diciembre de 2003, se llevó a cabo el acto de Graduación, presidido por el Doctor Joselín Ardila González, director de la Institución, en el cual el Centro de Prevención, Educación y Salud ***"PREDESALUD"****, autorizada para el efecto según resolución No. 8679 del 9 de diciembre de 1997 de la Secretaría de Educación del D.C. y de conformidad con el acuerdo ejecutivo No. 20 del 11 de julio de1997 del Ministerio de Salud, previo el juramento reglamentario, confirió el CERTIFICADO DE:*

TECNICO LABORAL

A: MORA SAGUN YEIMY CONSTANZA

C.C. No. 53.015.032 de Bogotá D.C

En la especialidad de: ***AUXILIAR DE ENFERMERIA***

Quien cumplió con los requisitos académicos de 2.084 horas teórico prácticas y con las exigencias establecidas en los reglamentos de la institución, por lo cual se le otorgó el certificado No 0435 *que lo acredita como tal.*

En fé de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de Diciembre de 2003.

Firmado por :

Centro de Prevención y Educación en Salud PREDESALUD Director EDUCACION NO FORMAL

Director

Centro de Prevención y Educación en Salud PREDESALUD Coordinador Académico EDUCACION NO FORMAL

Coordinador Académico

Centro de Prevención y Educación en Salud PREDESALUD Secretaria EDUCACION NO FORMAL

Secretario Académico

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL ***BOGOTA D.C.***

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, YEIMY CONSTANZA MORA SAGUN 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:

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma YEIMY CONSTANZA MORA S

No. de documento: 53015032

Tarjeta profesional No: 53015032

Dirección de contacto: CRA 7 este Nro 1 a 35 int 1

Teléfono: 3138302830

Ocupar Temporales

OCUPAR TEMPORALES S.A.
800.106.404 – 0

CERTIFICA QUE

El (la) Señor(a) **MORA SAGUN YEIMY CONSTANZA** identificado con la Cédula de ciudadanía **No 53015032** se ha vinculado a **OCUPAR TEMPORALES S.A.,** mediante contrato de trabajo por el tiempo que dure la realización de la obra o labor determinada, en los siguientes extremos laborales:

NO. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	CARGO	EMPRESA USUARIA
04028339	16/08/2013	16/07/2014	AUXILIAR, ENFERMERÍA	MARLY SA
36449	19/08/2014	24/07/2015	AUXILIAR, ENFERMERÍA	MARLY SA
51352	24/08/2015	15/07/2016	AUXILIAR, ENFERMERÍA	MARLY SA

Ultimo Salario Devengado: **$1.104.305**

Se expide la presente constancia para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 57 numeral 7 del Código Sustantivo de Trabajo.

En constancia de lo anterior se firma en **BOGOTA** a los 11 días del mes de **Octubre** de **2016.**

Atentamente,

Ocupar Temporales
Nit. 800.106.404-0

DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Cra 72c no 23f-06 Barrio Mode **TEL 3905555 EXT 201-221**
Recepcionbogota@ocupar.com.co

Scanned by CamScanner

4

ARMONIA
Cuidados Especiales S.A.S.

Bogotá, 16 de agosto de 2013

RECURSOS HUMANO

CERTIFICA:

Que **YEIMY CONSTANZA MORA SAGUN,** identificada con cédula de ciudadanía No. 53.015.032 de Bogotá, laboró para esta Entidad como Auxiliar de Enfermería desde el 01 de diciembre de 2007 hasta el 30 de mayo de 2012, por contrato laboral con término fijo inferior a un año.

Se expide a solicitud de la interesada el dieciséis (16) de agosto de 2013.

ARMONIA
NIT. 830.090.041 - 8

YANITH MINU RAMIREZ

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.015.032

MORA SAGUN
APELLIDOS

YEIMY CONSTANZA
NOMBRES



Yeimy Constanza Mora
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-NOV-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

26-NOV-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

A-1500117-42135249-F-0053015032-20050823 02985 05235A 02 180487731

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14405670019

(415)7707212489984(8020) 000001440567001 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 0 1 5 0 3 2	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORA	SAGUN	YEIMY	CONSTANZA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 7 1 A 35 IN 1

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

CLASIFICACION

Actividad económica

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

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
	1	2																								

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 2 2 4

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: MORA SAGUN YEIMY CONSTANZA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 24-02-2017 02:57:50PM

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

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

Fecha:12/09/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 53015032	YEIMY CONSTANZA MORA SAGUN

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 7 1A 35 IN 1 Teléfonos:

Dirección electrónica: moratatiana@gmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO REGISTRA

Fecha inicio de Actividades: 15/05/2008 Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

Version 2.01

15

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D.C.

Resolución No 9627 de 01/12/2005

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MORA SAGUN YEIMY CONSTANZA Identificado(a) con CC número 53015032 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO DE PREVENCION Y EDUCACION PREDESALUD el día 13/12/2003 y registrado en el libro XX Folio XX año XX
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MORA SAGUN YEIMY CONSTANZA identificado(a) con CC número 53015032 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 01/12/2005

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Directora de Desarrollo de Servicios.

Elaboro :Víctor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C 19 DICIEMBRE 2005
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) YEIMY CONSTANZA MORA S
CC. # 53.015.032. BTA.

Firma YEIMY MORA S

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación * Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación * 53015032

Primer Nombre * YEIMY

Primer Apellido * MORA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-12→1:31:23 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	53015032	YEIMY	CONSTANZA	MORA	SAGUN	**Ver**

Información Detallada [CC: 53015032] YEIMY CONSTANZA MORA SAGUN

2018-12-12→1:31:23 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2005/12/01	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).



VACUNA	DOSIS	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1	035|2001	13 AGO 2013	
	2	035|2001	17 SEP 2013	
	3	035|3001	17 OCT 2013	
	4	034|3001A	13 AGO. 2014	
HEPATITIS A	1			
	2			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte sus Vacunas en:

http://app.saludcapital.gov.co/pai/inicio/login.aspx

NIT.900174965-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011779802

NOMBRES: YEIMY CONSTANZA MORA.S

DOCUMENTO: 53015032 Bta

TELÉFONO: 3138302830

VACUNA	DOSIS	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
T.TETANICO DIFTERICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TRIPLE VIRAL	1			
	2			

MEDICLINICO SANTA ANA IPS Y CIA S EN C.

Carrera 3 este No. 6 - 21 Tel 3 33 11 98 - 2 80 47 68

Certificado De Salud Ocupacional

Fecha	Documento	Nombre
2017-02-27	53015032	YEIMMY CONSTANZA MORA SAGUN
Sexo	**Nacionalidad**	**Ciudad**
Femenino	COLOMBIA	BOGOTA
Fecha nacimiento	**Edad**	**Lugar nacimiento**
1984-11-14	33 años, 0 meses y 10 días	BOGOTA



Estado civil	Telefono	Direccion
Union libre	7731759	CARRERA 7 ESTE N 1-35 INT 1
Escolaridad	**Profesion**	**Oficio**
TECNICO	AUXILIAR DE NEFERMERIA	AUXILIAR DE NEFERMERIA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Tiempo	Cargo	Factores de riesgo	Tipo de Riesgo	Epp
CLINICA MARLY	3 AÑOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	F,Q,E,M,L	E,D	COMPLETOS

Factores de riesgo: F : Fisico Q : Quimico E : Ergonomico M : Mecanicos L : Locativos P : Psicolaborales O : Otros

APTITUD

- [ ] APTO CON PATOLOGIA (Que NO interfieren en su trabajo)
- [ ] APTO CON LIMITACIONES (Que interfieren en su trabajo)
- [ ] APTO CON LIMITACIONES (NO APTO para realizar la labor especifica)
- [X] APTO SIN LIMITACIONES
- [ ] APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

Segun examenes solicitados por la empresa remitente

- [X] EXAMEN DE INGRESO
- [ ] EXAMEN PERIODICO
- [ ] EXAMEN DE EGRESO
- [ ] APLAZADO

RAZON:

IMPRESION DIAGNOSTICA

VARICES GRADO II EN MIEMBROS INFERIORES, RECOMENDACIÃ“N USAR MEDIDAS ANTIVARICES

- [X] HIGIENE POSTURAL
- [X] USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION
- [ ] USA LENTES PERMANENTE
- [X] VALORACION POR S.O. ANUAL
- [X] CAPACITACION EN SU AREA DE TRABAJO
- [ ] REMISION ESPECIALISTA
- [X] REALIZA PAUSAS EN SU LABOR
- [ ] REALIZAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- [ ] ESQUEMA VACUNACION ADULTO
- [X] RECOMENDACION CREMAS HUMECTANTES PARA LA PIEL
- [X] HABITOS NUTRICIONALES ADECUADOS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, CONTROL DE PESO, CONTROL MEDICO PERIODICO
- [ ] CONTROL DE COMORBILIDAD EPS
- [ ] SEROLOGIA

YO Yeimmy Constanza Mora Sagun identificado con cédula de ciudadania 53015032

Declaro que no he omitido ni alterado la informacion aportada por mi, la cual es veraz y se ajusta a mi condicion actual y real de la salud al ingreso de la empresa.

Gloria Rincon Izquierdo
Med. Esp. Salud Ocupacional
R.M 1938/2006
L.S.O. 7857/2013

Paciente: Yeimmy Constanza Mora Sagun

Cédula: 53015032

Certificación

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

CERTIFICA A:

YEIMY CONSTANZA MORA SAGUN

C.C. 53015032

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

REGIONAL BOGOTÁ D.C. - CUNDINAMARCA

Certifica que

YEIMY CONSTANZA MORA SAGUN

C.C. **53.015.032**

Participó en el curso de:

"SOPORTE VITAL BASICO"

Realizado en Bogotá Cundinamarca, del 01 al 10 de Diciembre del 2018

Con una intensidad teórica - práctica de 40 horas.

Válido por 2 años.

"De acuerdo a la resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014"

JUAN ALEXANDER ZAPATA
Coordinador Regional Bogotá-Cundinamarca
Asociación Colombiana de Atención Prehospitalaria
NIT. RAPEL E.U. 900209767-4

NIT. ACAPH 830136415-9

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:	12-12-18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA D.C.

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Mora	Segura	Yeimy	Constanza

TIPO DE IDENTIFICACION					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad- Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C	X	C.E		R.C		NUIP	53015032	BOGOTA	2002/11-26
PASAPORTE		OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad- Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
14-11-1984	BOGOTA	colombia	colombia

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

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 7 # 185 int 1.	Bogotá	Bogotá	Colombia	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
moratah.ana0204@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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		INDEPENDIENTE		RENTAS		PENSIONADO		CUAL:	
SOCIO		CONTRATISTA	X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA	

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

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

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 - J. Eliecer Garzon

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

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

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 4A Est #520	3444484	Bogota	Bogota DC	Colombia
CARGO ACTUAL			**FECHA VINCULACION**	1-Mar-17

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1.500.000	GASTOS FAMILIARES	600.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	250.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1.500.000	TOTAL EGRESOS	850000	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 en primer grado con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sogun	Ballesteros	betty	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
calle 44#6-24	Bogota	Tia.	3219635584

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	cuenta de Ahorros	008400769220	Julio	

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 EXTRANJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIO ☐ 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 entregare a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Auxiliar de enfermera

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

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

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, Telefono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratacion y o prestacion 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 seran tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite de solicitud de vinculacion como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociacion de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios tecnicos , estadisticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios tecnicos 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 tributacion en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los terminos 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 podra 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideracion que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionaide 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 consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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 sariaf@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

9.AUTORIZACION: 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

YEIMY MORA .S

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:		

27

Salud Total EPS

BOGOTÁ, Noviembre 21 de 2017

Señora:
MORA SAGUN YEIMY CONSTANZA
CC. 53015032
CR 7ESTE 1B 30 CTR ORIENTAL - 2893
Ciudad

Ref: F370-RVA. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 11 de 2007.
Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
PINEDA MORA JUAN DAVID	1010199132	R	Ago-13-2009	315	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PINEDA MORA KEVIN ALEJANDRO	1010206906	R	Feb-16-2011	261	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BELTRAN MORA LIZETH TATIANA	1026551788	T	Dic-11-2007	315	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MORA SAGUN YEIMY CONSTANZA	53015032	C	Dic-11-2007	346	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PINEDA CORTES ANDRES FERNANDO	80833000	C	Jun-11-2010	269	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

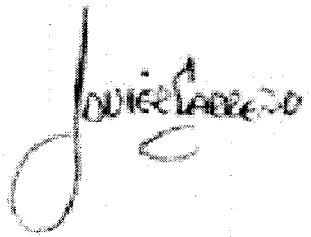
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ARMONIA CUIDADOS ESPECIALES LTDA	53015032	Dependiente	CERRADO
ARMONIA CUIDADOS ESPECIALES LTDA	53015032	Dependiente	CERRADO
ARMONIA CUIDADOS ESPECIALES LTDA	53015032	Dependiente	CERRADO
FLORO CESAR ZULUAGA GOMEZ	53015032	Dependiente	CERRADO
MORA SAGUN YEIMY CONSTANZA	53015032	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
OCUPAR TEMPORALES SA	53015032	Dependiente	CERRADO
OCUPAR TEMPORALES SA	53015032	Dependiente	CERRADO
OCUPAR TEMPORALES SA	53015032	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

Elaboró: Millenium Consultor Call Center STAge254 - Consultor Call Center

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

28

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YEIMY CONSTANZA MORA SAGUN, identificado(a) con C.C 53.015.032, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a la fecha 06 de marzo de 2017.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestro Contact center al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 01 800 05 10000 e-mail servicioclíente@colfondos.com.co

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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-1A-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

53015032	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
YEIMY	CONSTANZA	MORA	SAGUN

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
14/11-1984	Bogota	Carrera 7E #1A35	

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Salud-Total	Colfondos	$ 1494000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar Enfermeria	10-ENE-2017

Correo Electrónico	Celular
moratatiana2004@gmail.com	3138302830

Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
YEIMY MORA SAGUN	Dra. Beatriz Perez
	C.C. 51968976 Bta

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119290349

WEB
11:31:30

Bogotá DC, 17 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) YEIMY CONSTANZA MORA SAGUN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53015032:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 12 de diciembre de 2018, a las 14:25:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	53015032
Código de Verificación	53015032181212142535

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2606453

Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 14:31 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **YEIMY CONSTANZA MORA SAGUN**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES QUINCE MIL TREINTA Y DOS** de BOGOTÁ,D.C.

53015032

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

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_ZAFV_3014
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:34:10 horas del 12/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **53015032**
Apellidos y Nombres: **MORA SAGUN YEIMY CONSTANZA**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/03/16
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora YEIMY CONSTANZA MORA SAGUN
con Cédula de Ciudadania número 53015032
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	008400766922
Fecha Apertura	2017/03/16

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA
0084 - OFICINA VEINTE DE JULIO

Banco Davivienda S.A.
NIT 860.034.313-7
AH 170-1 REG IV-06

34