FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VALENCIA	TIMOTE	KATHERINE HASBLEIDY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53102386

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES SEP AÑO 1985

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CLL 49 SUR N° 77 Q-19

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 4515549

EMAIL kvalencia.ips.hco@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 TECNICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DIC AÑO 2002
										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	8	X		ENFERMERO(A)	12	2011	35187

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-nov-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA,O ENTIDAD SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	*MUNICIPIO* BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3444484	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 9 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL		*DIRECCIÓN* Cra. 4A ESTE 5 -26

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	4	2
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento BOGOTA, 26 Noviembre 2017

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-nov-2017

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 SUR OCCIDENTE E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 53102386 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
Dirección CLL 49 SUR N° 77 Q-19 **Teléfonos** 3004028193 4515549

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA LIBIA TIMOTE	41317465	MADRE
EZEQUIEL VALENCIA VALENCIA	4481939	PADRE

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	$ 28.800.000,00
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
BBVA	AHORROS	074086687	LAS AGUAS	$ 0,00
DAVIVIENDA	AHORROS	570120055	KENNEDY	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	UGV 516	$ 21.500.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
GMAK	VEHICULO	$ 350.000,00
BBVA	LIBRE INVERSION	$ 670.000,00
ICETEX	CREDITO DE EDUCACION	$ 100.000,00
SANITAS	SEGURIDAD SOCIAL	$ 350.000,00

BBVA	TARJETAS DE CREDITO	$ 200.000,00
FALABELLA	TARJETAS DE CREDITO	$ 100.000,00
OLIMPICA	TARJETAS DE CREDITO	$ 100.000,00
TRANSPORTE	GASOLINA	$ 300.000,00
VÍVERES	ALIMENTACION	$ 400.000,00
TIGO	TELEFONIA MOVIL	$ 140.000,00

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** ○ **N** ⊗ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA, 26 Noviembre 2017
CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.

Secretaría de Educación

Institución Educativa Distrital
INEM
Francisco de Paula Santander

Creado según Decreto No. 1962 de Noviembre de 1969 y Renovada
su aprobación según Resoluciones Nos. 04374 del 27 de Noviembre de 1989
y 306 del 29 de Abril de 1993
de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Confiere a:

Katherine Hasbleidy Valencia Timote

R.E. 85091, 26/31 de Vinculo de Bogotá D.C.

El título de:

Bachiller
Educación Media Técnica
Especialidad Contabilidad

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media según el artículo 21, numeral 2 del Decreto 1860 de 1994

FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
INEM

RECTOR

SECRETARIO

Dado en Bogotá, D.C. el 06 de Diciembre de 2002

Anotado en el Folio 172 V del Libro Único de Registro de Diplomas

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Personería Jurídica No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

Considerando que

Katherine Hasbleidy Valencia Timoté

C.C. 53.102.386 Bogotá

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

Enfermera

En testimonio de ello, se firma y refrenda con los respectivos sellos el presente diploma, en Bogotá D.C. a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil once (2011)

Sonia Hermínia Roa Trujillo
Vicerrectora Académica

Rosa Eugenia Beltrán de Buitrago
Decana

Virginia Sánchez López
Secretaria General

Anotado al Folio No. 00059 Libro de registro No. 02
11BO57PR000170

ALCALDIA MAYOR DE SANTAFE DE BOGOTA. D.C.
SECRETARIA DE EDUCACION
INEM "FRANCISCO DE PAULA SANTANDER"

Inscripción DANE :111001024732 Inscripción Secretaría Educación : 1942

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Santafé de Bogotá a seis (6) dias del mes de Diciembre de 2002 se reunieron los suscritos Rector y Secretario de la Institución Educativa Distrital INEM "Francisco de Paula Santander" , creado por el Decreto Nacional No. 1962 de 1969 y renovada su aprobación según Resoluciones No. 04374 del 27 de noviembre de 1989 y 936 del 29 de abril de 1993 de la Secretaria de Educacion de Bogotá, D.C. y Directiva No. 53 del 23 de agosto de 1999 del Ministerio de Educación Nacional, en el nivel de Educación Básica Secundaria y Media Vocacional, con el fin de formalizar la graduación y otorgar el **TITULO DE BACHILLER EN EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA** a los alumnos de último grado jornada de la mañana.

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 EN EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA, Especialidad **CONTABILIDAD** al graduando cuyos, apellidos, nombres y documento de identidad se relacionan a continuación:

VALENCIA TIMOTE KATHERINE HASBLEIDY T.I. 850917-36735 SANTAFE DE BOGOTÁ DC

Es fiel copia del Acta General No. 146 del 6 de diciembre de 2002, firmada por VICTOR MANUEL RUIZ TORRES (Rector) y JOSE ALEJANDRO ROZO LÓPEZ (Secretario).

Dada en Bogotá, D.C. a los 6 días del mes de diciembre de 2002.

VICTOR MANUEL RUIZ TORRES
RECTOR
CC.17.134.162 DE BOGOTA

JOSE ALEJANDRO ROZO LOPEZ
SECRETARIO
CC.17.167.333 DE BOGOTA

Fl/R

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA SANITAS

Personería Jurídica No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE GRADO No. 0059

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil once (2011), en la Fundación Universitaria Sanitas, autorizada para el efecto según el registro SNIES No. 20538 de conformidad con el acta N° 065 del Consejo de la Facultad de Enfermería, se realizó acto solemne presidido por la Vicerrectora Académica SONIA HERMINIA ROA TRUJILLO, previo juramento, para otorgar el título de

Enfermera

A Katherine Hasbleidy Valencia Timoté, con cédula de ciudadanía No. 53.102.386 de Bogotá, quien cursó y aprobó en su totalidad el plan de estudios reglamentario y cumplió todos los requisitos establecidos en los reglamentos de la Fundación Universitaria Sanitas. Por todo ello, se le hizo entrega del diploma No. 11BO57PR000170 que lo acredita para ejercer la profesión de Enfermería.

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta en la ciudad de Bogotá D.C. a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil once (2011).

SONIA HERMINIA ROA TRUJILLO
VICERRECTORA ACADÉMICA

ROSA EUGENIA BELTRÁN DE BUITRAGO
DECANA

VIRGINIA SÁNCHEZ LÓPEZ
SECRETARIA GENERAL

Es fiel copia tomada de su original
Bogotá D.C., 15 de Diciembre de 2011

VIRGINIA SÁNCHEZ LÓPEZ
SECRETARIA GENERAL

Anotado al Folio No. 00059 – Libro 02 del 15 de Diciembre de 2011

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA

C.C.: **53102386**

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

ENFERMERA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 53102386 Bta

Tarjeta profesional No: 35187

Dirección de contacto: Calle 4a Sur 770-19

Teléfono: 3004028193

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Centro Oriente

CERTIFICADO DE PRESTACION SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

El suscrito Profesional Especializado de Talento Humano del Hospital Centro Oriente II Nivel, Empresa Social del Estado, certifica que **KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53.102.386, presto el servicio social obligatorio de acuerdo con la información relacionada a continuación;

Cargo: PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (ENFERMERO) CODIGO 217 GRADO 02
Fecha de ingreso: 7 de marzo de 2012
Fecha de retiro: 6 de marzo de 2013
Numero de plaza: E 006

La anterior plaza fue asignada por Hospital Centro Oriente II Nivel ESE mediante Resolución No.066 del 15 de marzo de 2012.

Dada en Bogotá a los siete (7) días del mes de marzo de 2013.

Cordialmente,

JOHN ALBERTO RAMOS CARDENAS
Profesional Especializado Talento Humano

Funcionario/ Contratista	Nombre	Firma	Fecha
Proyectado Por:	Alvaro Molano Sierra- Auxiliar Administrativo		7 de marzo de 2013
Revisado Por:	John Alberto Ramos Cárdenas Profesional Especializado T.H.		7 de marzo de 2013
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales.			

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.102.386

VALENCIA TIMOTE

APELLIDOS

KATHERINE HASBLEIDY

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1985

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

01-OCT-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

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 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14239649251

(415)7707212489984(8020) 000001423964925 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 1 0 2 3 8 6	9	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 1 0 2 3 8 6	2 0 0 3 1 0 0 1

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
VALENCIA	TIMOTE	KATHERINE	HASBLEIDY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 49 SUR 77 Q 19 BRR PERPETUO SOCORRO

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
kata617@hotmail.com		4 5 1 5 5 4 9	3 1 7 7 9 7 3 1 4 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 6 9 2	2 0 0 7 0 6 0 1					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO | 60. No. de Folios: 3 | 61. Fecha: 2 0 1 3 0 5 0 2

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: GUARIN GUTIERREZ MARY LUCY

985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 14-07-2016
Hora: 12:50:10 PM

CONTRIBUYENTE NIT 53102386-9 KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE

Información General

Dirección CL 49 SUR 77 Q 19 B. PERPETUO SOCORRO

Teléfonos 4515549-3177973148

Dirección electrónica KATA617@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 02/05/2013

Soporte Inscripción 15424028

Fecha Inicio Actividades 01/06/2007

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000950811

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
VALENCIA TIMOTE

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
VALENCIA TIPKUTE
51102389
Expedición 14/06/2013

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 5838 de 23/05/2013

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000, expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) VALENCIA TIMOTE KATHERINE HASBLEIDY identificado(a) con CC número 53102386 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS. el día 15/12/2011, acta de grado No.59, Diploma No. 170 y registrado en el libro 2 Folio 59 año 2011

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el(la)HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - localizada en Bogota D.C., durante el periodo comprendido entre 07/03/2012 y 06/03/2013.

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 VALENCIA TIMOTE KATHERINE HASBLEIDY identificado(a) con CC número 53102386 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 23/05/2013

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.
Aprobó : Martha Judith Fonseca Suárez
Revisó : Daniel Ortiz B/Carmen Rosa Gallego
Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 14 - Junio - 2013
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Katherine H. Valencia T.
CC. # 53'102.386 B/c
Firma

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
info: Línea 195

ISO 9001 IQNet 1000

BOGOTÁ HUMANA

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

53102386

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE** identificada con la cédula de ciudadanía número 53.102.386, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintiocho (28) días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis (2016).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

...o en Colombia
...ar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

...BIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Mattheus Vgtenkig
Apellidos	
Documento de Identidad	CC [X] CE [ ] PASAPORTE [ ] No. 53102386.
Fecha de Nacimiento:	Día: 17 Mes: 09 Año: 1981

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	Sep 5	2005	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	Noviembre 16/2006.		
	2	Dic 18 06	405083	Alex
	3	20-Junio-2007		
	4	26-Junio 2008		UPA: 105
	5	15-SEP 2010		
Contra Hepatitis B	1	ENE 2/03		
	2	JULIO 22/03		
	3	AGO 20/03.		

RF 27 ENE 2014

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	30 ABRIL 09	DE262		AO 53
Otras				
HMB	FEBRERO 2/03			
VARICELA		13 MAY 2009		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma Vacunador
Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	RT	27 ENE 2014		
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma Vacunador
Sarampión Rubeola				
Varicela				
Fiebre Amarilla	2011 JUN 12	CSUSA CATALINA7		
Neumococo	LOTE 103VFC077			
	12/05/2011			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma Vacunador
DPTa Celular				
Fiebre Tifoidea				
Influenza	21/5/19	HMOSO 7m	1 año	HCO

MEDICLINICO SANTA ANA IPS Y CIA S EN C.

Carrera 3 este No. 5 - 23 / 25 Tel 3 37 11 98 - 2 80 47 68

Certificado De Salud Ocupacional

Fecha	Documento	Nombre
2016-07-14	53102386	KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE
Sexo	**Nacionalidad**	**Ciudad**
Femenino	colombiana	BOGOTA
Fecha nacimiento	**Edad**	**Lugar nacimiento**
1985-09-17	30 años, 9 meses y 27 días	BOGOTA

Estado civil	Telefono	Direccion
Soltero	4515549	CALLE 49 SUR N. 77-Q-19
Escolaridad	**Profesion**	**Oficio**
PROFESIONAL	JEFE DE ENFERMERIA	ENFERMERIA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Tiempo	Cargo	Factores de riesgo	Tipo de Riesgo	Epp
HOSPITAL CENTRO ORIENTE/ HOSPITAL KENNEDY	3 AÑOS/ 1 AÑO	ENFERMERA	E,M,L,P	E,D CARGA MENTAL	COMPLETOS

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

APTITUD

- [ ] APTO CON LIMITACIONES (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

SOBREPESO, VARICES GRADO I EN MIEMBROS INFERIORES, VALORACION POR NUTRICION, DIETA BALANCEADA, 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
- [X] 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 Katherine Hasbleidy Valencia Timote identificado con cédula de ciudadania 53102386

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

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

Dr. Gloria Rincon Izquierdo
Cédula: 52355057 Registro: 7857/2013

Paciente: Katherine Hasbleidy Valencia Timote
Cédula: 53102386

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE:

KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE

c.c. 53.102.386

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 15 días del mes de Julio de 2016.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S. O. S.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

3331

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE

c.c. 53.102.386

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 8 días del mes de Septiembre de 2017.

Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal / Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

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

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

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

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

FECHA:		CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VALENCIA	TIMOTE	KATHERINE	HASBLEIDY

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	53102386	BOGOTA D.C	2003/10/01

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1985/09/17	BOGOTA D.C	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐			3004028193

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 49 SUR 77Q - 19	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	4513549

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
kata6A@hotmail.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 ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☒ NO ☐	IVA	SI ☐	NO ☒		8692 2007/06/01
		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 [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]	# NIT	

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL	Enfermera	FECHA VINCULACION	01-09-13

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$2'305000	GASTOS FAMILIARES	$1.800.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	1'000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 3.500.00	VEHICULOS	$21.500000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$2808000	TOTAL EGRESOS	2'150000	TOTAL ACTIVOS	$21500000	TOTAL PASIVOS	1'000 000

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Munar	Beltran	Adriana	Patricia
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cll 46 a bis sur #3-65 Este	Bogotá	Amigo	3144345844

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	Ahorro		Las Aguas	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

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

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades 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 mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las Finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título 1 de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-00[illegible] - 0000000100 – 2017

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 53102386
NOMBRES Y APELLIDOS	Valencia Timote,Katherine Hasbleidy
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De Prestación
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	04/06/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Valencia Timote,Katherine Hasbleidy, a los 27 días del mes de noviembre del año 2017.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **53,102,386**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Noviembre de 2017.

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

53102386	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

KATHERINE	HASBLEIDY	VALENCIA	TIMOTE
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

17/09/85	BOGOTA	CALLE 49 SUR 77Q 19	4515549
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

SANITAS	PORVENIR	$ 2808000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

ENFERMERIA	01/01/18
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

kata617@hotmail.com	3004028193
Correo Electrónico	Celular

Firma de Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 51968976 Bta

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 101957383

WEB
05:15:14

Bogotá DC, 21 de noviembre del 2017

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) KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53102386:

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 GONZÁLEZ
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 CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 21 de noviembre de 2017, a las 5:13:8, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	53.102.386
Código de Verificación	582344972017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1903825

Bogotá D.C., 21 de Noviembre de 2017 - 5:17 am

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) **KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO DOS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS** de BOGOTA D.C.

53102386

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_3R8GM_175
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 21/11/2017 a las 05:14:33 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 53102386 y Nombres: VALENCIA TIMOTE KATHERINE HASBLEIDY
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Presidencia de la República
Ministerio de Defensa
Gobierno en Línea
Portal único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **27/11/2017**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KETHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **53102386**

Posee en el banco Davivienda:

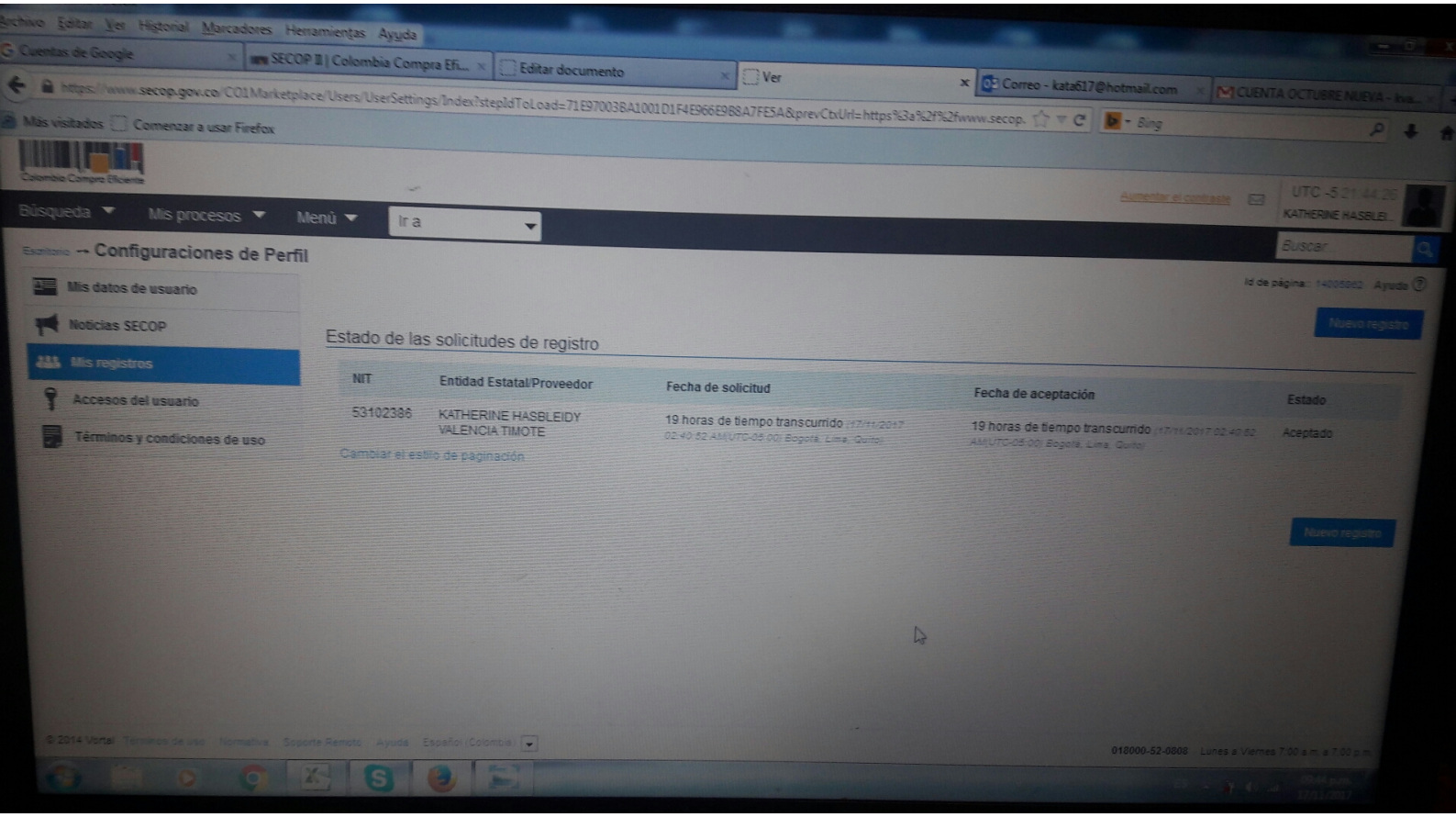
CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO
CUENTA DE AHORRO PROGRAMADO QUE A LA FECHA SE ENCUENTRA INMOVILIZADA

N#mero **0570000570120055**
Fecha de apertura **29/07/2015**
Teniendo a la fecha una antiguedad de **28** meses.

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


Archivo Editar Ver Historial Marcadores Herramientas Ayuda
Cuentas de Google
SECOP II | Colombia Compra Efi...
Editar documento
Ver
Correo - kata617@hotmail.com
CUENTA OCTUBRE NUEVA - Inb...
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=71E970036A1001D1F4E966E988A7FE5A&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.
Más visitados
Comenzar a usar Firefox
Bing
Colombia Compra Eficiente
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Autostar el contraste
UTC -5 21:44:28
KATHERINE HASBLEI...
Escritorio
Configuraciones de Perfil
Buscar
Id de página: 14000662
Ayuda
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Nuevo registro
Estado de las solicitudes de registro
NIT
Entidad Estatal/Proveedor
Fecha de solicitud
Fecha de aceptación
Estado
53102386
KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE
19 horas de tiempo transcurrido (17/11/2017 02:40:52 AM UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
19 horas de tiempo transcurrido (17/11/2017 02:40:52 AM UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
Cambiar el estilo de paginación
Nuevo registro
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.