REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.871.267

ROMERO SALLA

APELLIDOS

ORFELINA RUD

NOMBRES

Orfelina Romero

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1969

PLANETA RICA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-JUL-1989 PLANETA RICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00007401-F-0050871267-20080507 0000253140A 1 1390010874

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ROMERO	SALLA	ORFELINA RUD

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 50.871.267 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 07 MES 06 AÑO 1969

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 32 SUR No. 12 D-34

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

TELÉFONO 3213732093 EMAIL orfesalla@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO* MES 12 2007
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 12 AÑO 2007

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TECNICA	4	X		CERTIFICADO	09	2007	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUD RED INTEGRADA DE SALUD SUR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA	email@tunjuelitoesebogota

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
PBX 2040344	DÍA 11 MES 09 AÑO 2016	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR ADMINISTRATIVA	OPERADORA DE RADIO	TRANSV 44 No. 52 B 02 SUR

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA	hsc@gmail

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
PBX 7443333	DÍA 18 MES 06 AÑO 2007	DÍA 18 MES 02 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ARCHIVO	CRA 12 No. 32-44 SUR

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
USME	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA	www.eseusme@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
PBX 7660666	DÍA 15 MES 05 AÑO 2000	DÍA 05 MES 06 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ORIENTADORA AL USUARIO	CAMI SANTALIBRADA	TRANSVERSAL 2 No.135-78

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

X

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	7	84
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	11	132
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	X	
TOTAL TIEMPO TRABAJADO	18	216

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Arpelina Romero

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACION

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Angelina del Rosario Gomez Solla

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 50871267 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cundinamarca	Bogota D/C

Dirección: Calle 32 sur # 12D 34 sur Teléfonos: 321-3732093

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Maria Cristina Solla Cisneros	50871336	Madre
Joseph Niño Gomez	1103674650	Hijo
Juan Carlos Niño Gomez	1000691614	Hijo

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 X PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ___ ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	1'382'016
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	— — —
GASTOS DE REPRESENTACION	— — —
ARRIENDOS	580.000
HONORARIOS	— — —
OTROS INGRESOS Y RENTAS	— — —
TOTAL	$ 1'382.016

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Ahorros		Funza	— — —

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI NO X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

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

Ortelina Romero Salda
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotà 20-12-2017
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Colegio Hermano Miguel (San Leon)

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional
Según Resolucion No. 0709 del 25 de Mayo de 1998

Confiere a:

Orfelina Rud Romero Salla

Documento de Identidad No. 50.871.267 de Planeta Rica , Cordoba

El Título de

Bachiller Académico

Por haber culminado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, de conformidad con los Artículos 28 y 30 de la Ley 115 de 1981 y según los planes y programas vigentes

Rectora

Secretaria Académica

Anotado al Folio 15 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 0214

Colegio Hermano Miguel
(San Leon)

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional
Según Resolución No. 0709 del 25 de Mayo de 1998

En la Ciudad de Bogotá D. C.,

A los 2 días del mes de Diciembre de 2007 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de ultimo grado, Jornada Nocturna a los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Instituto Colombiano de Bachillerato aprobada hasta nueva orden, en el nivel de Educación Académica y Autorizada por la secretaria de Educación Distrital para otorgar el Titulo de Bachiller en la modalidad Académico , Según Resolución No 0709 del 25 de Noviembre de 1998.

Comprobada la Situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el titulo de Bachiller Académico al graduado cuyo Nombre , apellidos y numero de documento de identidad se relaciona a continuación:

Orfelina Rud Romero Salla

Documento de Identidad No. 50.871.267 de Planeta Rica , Cordoba

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 021 del 2 días de Diciembre de 2007 que consta de 43 alumnos graduados, comienza en el nombre de Arenas García Cesar A. y se cierra con el nombre de Zapata Velandia Luisa María

Firmada y sellada por el Rector y la Secretaria Dada en Bogotá. A los 2 días de Diciembre de 2007

Rector

Colegio Hermano Miguel
SECRETARIA
(San Leon)

Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

ORFELINA RUD ROMERO SALLA

Con Cédula de Ciudadanía No. 50.871.267

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

Título

Para desempeñarse como:

TÉCNICO PROFESIONAL EN

ARCHIVISTICA

Con una duración de 2640 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Bogota D. C. A los Veintisiete (27) días del mes de Septiembre de Dos Mil Siete (2007)

WAYNE ANTHONY TRIANA ALVIS
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2007DP00716 27/09/2007
No Y FECHA DE REGISTRO

Colsubsidio

EADS

CET CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - EADS

CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - EADS

Autorización Oficial según Resolución No. 9150 del 22 de octubre de 2010 del Ministerio de Educación Nacional.

HACE CONSTAR QUE

ORFELINA RUD ROMERO SALLA

Identificado(a) con C.C. 50'871.267 expedida en Planeta Rica - Córdoba

Asistió a los módulos correspondientes al programa de FOSFEC del curso:

INTELIGENCIA INTRAPERSONAL

Con una duración total de 50 HORAS

SANDRA LILIANA ORTEGA CONTRERAS
Directora Extensión Universitaria

Dado en Bogotá D.C., a los 18 días del mes de Agosto de 2016

Colsubsidio

EADS

CET CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - EADS

CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - EADS

Autorización Oficial según Resolución No. 9150 del 22 de octubre de 2010 del Ministerio de Educación Nacional.

HACE CONSTAR QUE

ORFELINA RUD ROMERO SALLA

Identificado(a) con C.C. 50'871.267 expedida en Planeta Rica

Asistió al:

TALLER CAJA DE HERRAMIENTAS (PROCESO DE SELECCIÒN)

Con una duración total de 8 HORAS

INGRID JOHANNA AGUIRRE RINCÓN
Secretaría Académica

Dado en Bogotá D.C., a los 09 días del mes de Marzo de 2016

LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS
CERTIFICA QUE:

ORFELINA ROMERO SALLA

Identificada con c.c. No. 50.871.267 de Bogotá

Curso y Aprobó

El curso ISO 9001 versión 2008+

Con una intensidad de 20 Horas

Dada en Bogotá a los 09 días del Mes de Abril de 2012

Jorge Camilo Cortés Cruz
Director General

Juan Pablo Robayo Piñeros
Coordinador Oficina de Calidad

Luis Felipe Giraldo Romero
Conferencista

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ORFELINA RUD ROMERO SALLA

Con Cédula de Ciudadanía No. 50.871.267

Cursó y aprobó la acción de Formación

FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 120 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los doce (12) días del mes de septiembre de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

6169811 - 2011/09/12
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300250138CC50871267C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ORFELINA RUD ROMERO SALLA

Con Cédula de Ciudadanía No. 50.871.267

Cursó y aprobó la acción de Formación

INTERACCION IDONEA PARA LOS MEDIOS LABORAL Y SOCIAL

con una duración de 100 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los siete (7) días del mes de julio de dos mil once (2011)

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

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

2338223 - 2011/07/07
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940500110712CC50871267C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ORFELINA RUD ROMERO SALLA

Con Cédula de Ciudadanía No. 50.871.267

Participó en el evento de Divulgación Tecnológica

SENSIBILIZACIÓN EN EMPRENDIMIENTO

con una duración de 4 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los siete (7) días del mes de diciembre de dos mil diez (2010)

Firmado Digitalmente por
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

418781 - 07/12/2010
FECHA REGISTRO

La presente Certificación electrónica tiene validez jurídica y legal en Colombia, conforme a la LEY 527 DE 1999, el Decreto reglamentario 1747 de 2.000 y las demás normas que las complementen, modifiquen o reemplacen. Para verificar la autenticidad de cualquier copia impresa, se deberá efectuar la consulta a través de la página http://sis.senavirtual.edu.co, en la cual se encuentra almacenado y disponible el documento digital original bajo el número 9404008470CC50871267C. Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ORFELINA RUD ROMERO SALLA

Con Cédula de Ciudadanía No. 50.871.267

Participó en el evento de Divulgación Tecnológica

GESTOR ADMINISTRATIVO

con una duración de 4 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los trece (13) días del mes de mayo de dos mil diez (2010)

Firmado Digitalmente por
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

6337 - 13/05/2010
FECHA REGISTRO

La presente Certificación electrónica tiene validez jurídica y legal en Colombia, conforme a la LEY 527 DE 1999, el Decreto reglamentario 1747 de 2.000 y las demás normas que las complementen, modifiquen o reemplacen. Para verificar la autenticidad de cualquier copia impresa, se deberá efectuar la consulta a través de la página http://sis.senavirtual.edu.co, en la cual se encuentra almacenado y disponible el documento digital original bajo el número 9404001125CC50871267C. Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica.

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá

Certifica:

Que: *Orfelina Rud Romero*

Asistió al curso de

BASICAS DE ENFERMERIA

Con una intensidad de 40 horas

Roberto Galindo González	Dr. Pedro Nel Pérez Ardila	Enfermera Jefe
Presidente	Director Académico	Instructora

Dado En Bogotá, D.C., A los 16 Días Del Mes De Julio De 2006

Programas de Interés Comunitario

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: Orfelina Romero Salla

Asistió al curso Básico de

PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Amanda Corel Vargas
Instructor Socorrista

Dado en Bogotá, a los 12 Días del Mes de Septiembre de 2005

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Orfelina Romero*

Asistió al curso Básico de

INYECTOLOGIA

Con una intensidad de 20 horas

ESCUELA DE SALUD
FUSDESA

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Docente

Dado En Bogota D. C, A Los 2 Dias Del Mes De Octubre De 2005

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que: *Orfelina Rud Romero Salla*

Asistió al curso de

Sutura II

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Docente

Dado en Bogotá, a los 15 Días del 2 Mes de Octubre de 2005

FUNDACION DE SUCURRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Orfelina Rud Romero Salla*

Asistió al curso Básico de

LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

ESCUELA DE SALUD FUSDESA

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Bacterióloga

Dado En Bogota D. C, A Los 22 Dias Del Mes De Octubre De 2005

COLPATRIA
A R P Seguros de Vida Colpatria S.A.

EL GRUPO DE APOYO Y RESPUESTA EMPRESARIAL COLPATRIA "GAREC"

CERTIFICA QUE

ORFELINA RUD ROMERO SALLA

Con C.C. Nº **50,871,267**

Asistió al evento:

FORMACIÓN BASICA INTEGRAL EN BRIGADAS DE EMERGENCIAS

El día **10** de **JUL. 2007** con una intensidad de **25** horas.

DIRECTOR GAREC

DIRECTOR GAREC
A.R.P. COLPATRIA

HOSPITAL DE USME

Marcela Rincón M.
MARCELA RINCON

Instructor G.A.R.E.C.

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

A : *Romero Salla Orfelina*

Por haber asistido al curso de Sutura Básica
con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Enfermera

Dado, En Bogotá, D. C., A Los 8 Días Del Mes De Octubre De 2005

SURATEP
PREVENCION Y ASISTENCIA EN RIESGOS PROFESIONALES
SURAMERICANA

CERTIFICA

QUE *ORFELINA ROMERO*

DE *E.S.E. HOSPITAL DE USME*

HA PARTICIPADO EN *FORMACION BASICA DE BRIGADISTAS*

CON UNA INTENSIDAD DE 30 HORAS

DADO EN *Bogotá*, A LOS *23* DÍAS DEL MES DE *DICIEMBRE* DEL AÑO *2005*.

GERENTE DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

PROFESIONAL EN PREVENCIÓN DE RIESGOS

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **ROMERO SALLA ORFE LINA**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No.**50.871.267**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
No. 6080 de 2016	1 de septiembre de 2016	31 de diciembre de 2016	OPERADOR DE RADIO	$ 4.600.000	TUNJUELITO
No. 1246 de 2017	2 de enero de 2017	EN EJECUCION	OPERADOR DE RADIO	$ 8.050.000	TUNJUELITO

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1153.** Código de Verificación **AT6PV:IK6**

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los **17 días del mes de 08 del 2017.**

DIRECCION DE CONTRATACION
SUB RED INTEGRADA DE SERVIVIOS DE SALUD SUR E.S.E.

FUNCIONARIO/CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	MARTHA MARTINEZ	Auxiliar Administrativo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.
En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **de responsabilidad y eficacia**, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS
NIT.860.007.373-4

CERTIFICA QUE:

La señora **ORFELINA RUD ROMERO SALLA**, identificada con la cédula de ciudadanía **No. 50.871.267**, laboró en la Fundación mediante contrato a termino **INDEFINIDO** desde **EL 01 DE JULIO DE 2014 HASTA EL 18 DE FEBRERO DE 2016**, Desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ARCHIVO.**

Se expide en Bogotá, D.C., a los Dieciocho (18) día del mes de Febrero de Dos Mil Dieciséis (2016).

Atentamente,

FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS
NIT. 860.007.373-4
DIRECTOR DE TALENTO HUMANO

LUIS JAVIER COBA BERNAL
Director De Talento Humano
Fundación Hospital San Carlos

Cooperativa de Trabajo Asociado
Nusil Servicios C.T.A.
NIT: 900143579-0

CERTIFICACION

ASOCIADO RETIRADO

El suscrito Representante Legal de la Cooperativa de Trabajo Asociado NUSIL SERVICIOS C.T.A., certifica que ORFELINA RUD ROMERO SALLA, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50871267, estuvo vinculado(a) a LA COOPERATIVA mediante convenio de trabajo, desde el 16-nov-2009 hasta el 1-jul-2011, ejerciendo el cargo de AUX.ADMIN GRADO 1.

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente certificación en la ciudad de Bogotá D. C., hoy 09 de noviembre de 2011, a solicitud del interesado, con destino a quien pueda interesar.

Cordialmente,

NUSIL SERVICIOS CTA
NIT 900143579-0

ISRAEL SILBERMAN FLINT
Representante Legal

Bogotá D.C., 14 de enero de 2013

Señor(a)
ORFELINA RUD ROMERO SALLA
50871267
Ciudad

Apreciado trabajador:

El pasado 14 de diciembre de 2012, GOLD RH S.A.S., realizo un acuerdo con su antiguo empleador, BOSQUE VERDE S.A.S, de sustitución patronal, por esto usted entro a formar parte de ésta gran empresa.

En virtud de ese acuerdo GOLD RH S.A.S, respeta su antigüedad y las condiciones laborales que venían, por lo tanto se tendrá como su fecha de ingreso a nuestra empresa, la fecha de inicio de su contrato de trabajo con su antiguo empleador, BOSQUE VERDE S.A.S, según certificación laboral que puede descargar de la página web.

Para consultar su comprobante de nómina, eventos, beneficios y noticias importantes no deje de ingresar a www.goldrh.com.co.

Atentamente,

SARA E. CAMARGO MARQUEZ
Jefe de Recursos Humanos.

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1943767

Bogotá D.C., 10 de Diciembre de 2017 - 14:16 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ORFELINA RUD ROMERO SALLA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE** de PLANETA RICA

50871267

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: 12_A6RIV_1614
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

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 domingo 10 de diciembre de 2017, a las 11:23:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	50.871.267
Código de Verificación	621022792017

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102733282

WEB
14:08:06

Bogotá DC, 10 de diciembre 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) ORFELINA RUD ROMERO SALLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 50871267:

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.

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/12/2017 a las 11:20:34 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 50871267 y Nombres: ROMERO SALLA ORFELINA RUD

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

Todos los derechos reservados 2011.

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14367298428

(415)7707212489984(8020) 000001436729842 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 0 8 7 1 2 6 7	8	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 0 8 7 1 2 6 7	1 9 8 9 0 7 3 1

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Córdoba 2 3	Planeta Rica 5 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROMERO	SALLA	ORFELINA	RUD

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 32 SUR 12 D 34

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

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 2 1 1	2 0 0 6 1 2 1 6					1 4 1 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

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

DOCUMENTO SIN VALIDEZ COMERCIAL

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 6 0 4 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: ROMERO SALLA ORFELINA RUD
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 02-04-2016
Hora: 11:49:19 AM

CONTRIBUYENTE CC 50871267 ORFELINA RUD ROMERO SALLA

Información General

Dirección CLL 32 SUR 12 D 34

Teléfonos 3213732093

Dirección electrónica orfesalla@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 02/04/2016

Soporte Inscripción 20088186

Fecha Inicio Actividades 16/12/2006

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000690891

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 25/05/16	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	

NOMBRE	ORFELINA RUD ROMERO SALLA		
CEDULA	50.871.267	TELEFONO O CELULAR	3213732093

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRÍA		VISIOMETRÍA		ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA	
CARGO	

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		NO APTO	

RESULTADO EXAMENES	MEDICO
NORMAL	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). **Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables** (Ley 1355/09, gtc 45). **Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo.**

Control con nutricionista..

Yabla Hernandez Menares
Médico cirujano (UIS)
Esp. Higiene y Salud Ocupacional
Gestión Integrada QHSE
LSO 5334/09

PABLO HERNANDEZ
MEDICO Y LSO PROFESIONAL

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado : el** que falsifique documento privado que pueda servir de prueba , incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. **(Articulo 289 del Código penal Colombiano).**

JUAN PABLO II

CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS S.A.S

Nit. 900031309 - 8
Dirección: Calle 27 Sur 18C 02
Tel: 3661905 / 2392330 / 3665634 / 2395905

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **01/12/2016**

Doc. Identidad **CC 50871267** Nombre **ORFELINA RUD ROMERO SALLA** Fecha Nacimiento. **07/06/1969**

Entidad **PARTICULAR** Edad **47 años** Ocupación **OPERADORA DE RADIO**

H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )

Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )

Empresa TARIFA PLENA Cargo OPERADORA DE RADIO

Fondo de Pensiòn EPS NUEVA EPS Antiguedad del cargo

ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual

Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )

Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional (X)

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO ( ) Cual ?

Accidentes oculares SI ( ) NO ( ) Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )

Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )

Antecedentes personales y/o familiares **HIPOTIROIDISMO , LEVOTIROXINA DE 100MG, 1 DIARIA**

AGUDEZA VISUAL

	SC VL	SC VP	CC VL	CC VP
OD		0.75M	20/20	1.50M
OI		0.75M	20/20	1.50M
AO		0.75M	20/20	1.50M

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	(X)	(X)
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTOFORIA** VP: **EXOFORIA** HISHBERG: **CENTRADO**

Ducciones: **NORMAL** Versiones: **NORMAL** PPC: **10/12 CMS**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	(X)	(X)
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	40" DE ARCO	
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	40" DE ARCO	

IMPRESION DIAGNOSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	(X)	(X)
Otros:	( )	( )

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )

Control Visiometría ( )

Otras:

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNOSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION APTO

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

OBSERVACIONES

CLAUDIA V. Olarte Z. Optometra Salud Ocupacional Reg. 8457

CLAUDIA VIVIANA OLARTE ZAPATA
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 53082181 RM:

JUAN PABLO II

CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS S.A.S

900031309

AUDIOMETRIA

Control ☐ Ingreso ☒ Retiro ☐

Nombre ORFELINA RUD ROMERO SALLA — Doc. Identidad 50871267

Teléfono 3213732093 — Edad 47 — Cargo OPERADORA DE RADIO

Empresa PARTICULAR — Fecha 10/12/2016 — Reposo Auditivo SI 12

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

⊗ SI — Tiempo 8 HORAS
○ NO — EPP NA

Exposición al ruido en trabajos anteriores

	Cargo	Años	EPP
⊗ SI	OPERADORA DE	4 MESES	NA
○ NO	ADMINISTRATIVA	11 AÑOS	NA

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ○ Otitis ○ Acúfeno ○ Vértigo ○ Trauma ○ Perforación Timpánica ○ Otalgia ○ Otorrea ○ Hipoacusia
○ Prurito ○ Cirugía ○ Detonación - Explosión ○ Ototóxicos ○ Otros:

Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ○ Polígono ○ Servicio Militar ○ Buceo ○ Moto ○ Instrumento Musical ○ Discoteca y/o bares
○ Otros: Obs.

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ○ Afección Renal ○ Parotiditis ○ TBC ○ Diabetes
○ Hipotiroidismo ○ Meningitis ○ Paludismo ○ Reumatismo ○ HTA
○ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno Parentesco
○ Congenito ○ Adquirido

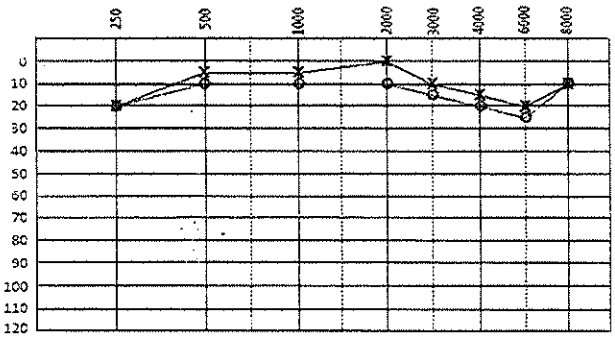
DIAGNOSTICO CIE-10

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION Observación: APTO

OTOSCOPIA

⊗ Normal ○ Anormal

OD	CAE	LIBRE DE CERUMEN	OI	CAE	LIBRE DE CERUMEN
	MT	NORMAL		MT	NORMAL



Diagnostico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		20	5		5		0	10	15	20	10
OD		20	10		10		10	15	20	25	10
VO OI											
OD											

NBN WN SN

Observaciones
SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERALMENTE 1. EXAMEN DE CONTROL ANUAL 2.EVITAR RUIDO EXTRALABORAL

Salud Ocupacional
JUAN PABLO II
Fonoaudiologia
ESP. MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL

LIZETH PAOLA LEON ALBA
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
CC: 1032435769 RM:

Servicios y Asesorías
PROTECVida
Humanización y protección de vida
Nit 900651664-8

Certifica que:

ORFELINA RUD ROMERO SALLA

Identificado (a) con documento No.

CC. 50 871 267 de Planeta Rica

Asistió y aprobó el curso

ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

Con una intensidad horaria de 40 HORAS

Guías de lectura, del 01 de Octubre al 14 de Octubre de 2017 Taller Practico Realizado el 14 de Octubre curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 4904 de Diciembre de 2009 en su Art 58., y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 16 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años

Lo anterior se firma en Bogotá DC. el Día 14 del mes de Octubre del 2017.

Javier Mauricio Peña Bonilla
Gerente General

Humberto Vasquez
Medico Instructor soporte vital
Basico y avanzado

Móvil: (57+1) 3102725525 - 319 2270497 Email: protecvidasas@gmail.com-Bogotá D.C. / Colombia

NUEVA EPS S.A

Certifica

00 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia

CC 50871267 ORFELINA RUD ROMERO SALLA

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A	Mas de 26		
Fecha Afiliación	31/07/2008	**Estado Cotizante**	ACTIVO
Fecha Ultimo Periodo Cotizado	01/11/2017	**Causal**	
Fecha Cancelación	00/00/0000		

Beneficiarios

Identificación	Tipo Afiliado	Parent.	Beneficiarios	Fecha Afiliación	No. Semanas	Estado	Causal
CC [illegible]	[illegible]	Compañero	[illegible] ~~ROMERO~~	[illegible]	4	[illegible]	[illegible]
TI 1000691614	BENEFICIARIO	Hijos	JUAN CARLOS NIÑO ROMERO	01/08/2008	Mas de 26	ACTIVO	
TI 98120811916	BENEFICIARIO	Hijos	SHEXLY LORENA NIÑO ROMERO	01/08/2008	Mas de 26	ACTIVO	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

La presente certificación se expide el día 15 de Diciembre de 2017 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

15 DIC 2017

MONICA PATRICIA CASTRILLON GARCIA

ASESOR COMERCIAL

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ORFELINA RUD ROMERO SALLA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **50871267,** se encuentra afiliado (a) desde **29/08/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	29/04/2005	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de diciembre de 2017.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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

ARL | sura

Medellin, 13 de febrero de 2017

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que ORFELINA RUD ROMERO SALLA identificado(a) con cédula de ciudadanía 50871267 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 14/02/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/02/2017 7.43 AM

VIGILADO SUPERINTEL...IA FINANCIERA DE COLOMBIA

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
DPT ACELULAR	1			
NEUMOCOCO	1			
MENINGOCOCO	1			
ANTIRRABICA	1			
	2			
	3			
F. TIFOIDEA	1			

CERTIFICADO DE VACUNACION

Centro Especializado en Vacunación

Nº 3409

GeralMedic

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900.394.707-3 - COD. DEL PRESTADOR (110012180401) (506900150501)

Nombre: Ortelina Ramero Salta

Identificación: 50.891.269

Teléfono: 3213732093 F.N 07-Jun-69

SEDE BOGOTA: Carrera. 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya - Tel: (01)408 21 80
Cel: 321 322 90 92 - 320 420 17 13 - WWW.vacunarcolombia.com
SEDE RISARALDA: C. Emp. Guadalupe Plaza Calle 35 No. 15-19
Of. 325 - Tel.: 342 88 90 - Cel: 310 799 11 24 - Dos Quebradas Risaralda
SEDE META: Cel: 320 420 40 74 - 310 674 82 24 - 320 420 17 13

Vigilado Supersalud

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1			
	2			
	3	10 DIC 2016	HEPAVAX 11454025.05 25/11/2018	
	R			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
TRIPLE VIRAL	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1	10 DIC 2016	VARICELLA VACCINE L.S101390	
	2			
INFLUENZA	1			
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1			

Cód de Prestador 11-00117796-0112

VACUNACION

Autorizado por Secretaría Distrital de Salud

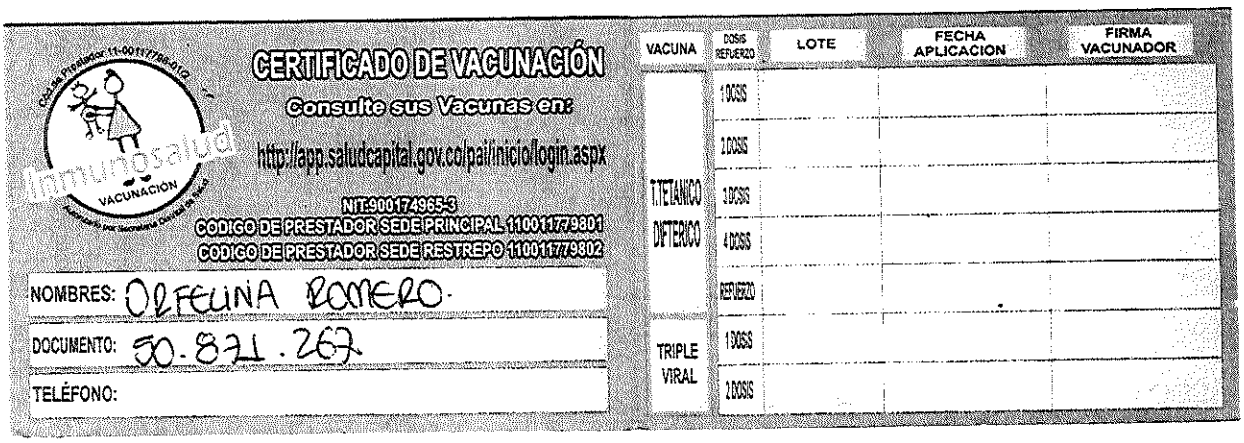
PBX:
211 9289
Cel:310 237 1397

SEDE PRINCIPAL
Carrera 15 No. 51-14 Piso 2

SEDE RESTREPO
Carrera 17 No. 15-46 sur local 305

administracion@vacunaciontaniasalud.com
www.inmunosalud.com
administracion@inmunosalud.com

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	1431012.	28 MAR 2014	
	2 DOSIS	0301304	31 MAY 2014	Inmunosalud
	3 DOSIS	UUA14064. 27 marzo/16.		
	4 DOSIS			
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			



Cód de Prestador 11-00117796-0112

VACUNACION

Autorizado por Secretaría Distrital de Salud

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte sus Vacunas en:

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

NIT:900174965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 1100117796301
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 1100117796302

NOMBRES: OLFELINA ROMERO.

DOCUMENTO: 50.821.267.

TELÉFONO:

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

Prox Tetano = 18 ENERO - 2017

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Orfelida Ruth
Apellidos: Romero Solla.
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 50871267
Fecha de Nacimiento: Día 07 Mes 06 Año 1974

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	08 Junio 2005	013N2005	C. Gonzalez
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	10-Nov-2004.		
	2	14-Enero-2005.		
	3	28-Dic-2006	C. Gonzalez	
	4			
	5	18-Enero-2007	Vacunme.	Cristina Gonzalez 1.082.931.541 Aux. de Enfermería
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		18 Junio - 2012	K7062	C. Gonzalez
Virus de Papiloma Humano				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Arelina Rud

Apellidos: Romero Solla

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 50.891.267

Fecha de Nacimiento: Día 07 Mes 06 Año 1969

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	Unica	1-Dic 2016	USO21612	Punto de Vacunación Hospital Tunjuelito Unidad el Carmen
Virus de Papiloma Humano				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C 20-12 2017

Señores:

SUBRED INTECONDN SDS SUR ESE

Por medio de la presente, yo Orfelina ruth romero salla, identificado con número de documento 50871267, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: Orfelina Romero salla

No. Documento: 50871267

Teléfono: 321 373 2093

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupcion.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Ingresos:	—

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 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 requeriría de una autorización de su titular.

3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vinculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAPB u otro, llegaren a:
* Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.
* Ser incluídos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la Manual SARLAFT.
* Ser condenado por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo descritos en el Código Penal Colombiano.

4. Autorizo ser consultado en listas y/o bases de datos que permitan prevenir el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes,

firmo el presente documento a los 20 días del mes de 12 del año 2017 en la ciudad de Bogota D/C

HUELLA

Nidia Romero S.

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED SUR - INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN

Nombre Completo de quien verifica				Cargo	
Fecha de Verificación		Hora		Firma	
Observaciones					

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

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT — **PM-GRI-FT-05**

Fecha de Diligenciamiento: Día 20 Mes 12 Año 2017

Clase de Vinculación: Proveedor [ ] Colaborador [ ] EAPB [ ] Otro [ ]

PERSONA NATURAL

Nombre Completo: Orfelina Ruiz Romero Salun

CC [X] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] N° 50871267

Fecha Nacimiento: Día 07 Mes 06 Año 1969 Lugar Nacimiento: Planada Meta Colombia

Profesión, Ocupación u Oficio: Tecnico Administ Fecha Expedición Documento: 31 Julio / 1989

Dirección Residencia: Calle 32 Sur # 12 D 34 Teléfono (s): 321-373-2093

Ingresos Mensuales: 1'382.016 = Egresos Mensuales: 1'250.000 =

Otros Ingresos diferentes a la relación contractual: SI [ ] NO [X] Otros Ingresos Mensuales:

Concepto Otros Ingresos: —

Estado Civil: Union de hecho Correo Electrónico: orfesalun@hot.com

Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesión:

¿Maneja Recursos Públicos? SI [X] NO [ ] ¿Tiene Reconocimiento Público? SI [ ] NO [X]

¿Ejerce algún grado de Poder Público? SI [ ] NO [X] ¿Es familiar de una persona publicamente expuesta? SI [ ] NO [X]

PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: — Nit: — DV: —

Tipo de Empresa: Pública [NO] Privada [ ] Mixta [NO] Sector de la Economía: — CIIU: —

Fecha de constitución en Cámara de Comercio: NO APLICA E-mail: NO

Oficina Principal: Dirección: Ciudad:

Teléfono (s): Tiene Sucursales: SI [ ] NO [X]

Representante Legal: Nombre Completo:

CC [NO] CE [ ] TI [NO] Otro [ ] N°:

Representante Legal: Dirección: Teléfono:

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.

Tipo ID	Número ID	Nombre Completo	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o Recursos Públicos ? Marque SI o NO y especifique.

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? SI [ ] NO [X] Cuál: —

¿Poseé productos Financieros en el Exterior? SI [ ] NO [X] Cuál:

Producto	Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad

Todos los espacios de este formulario deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No aplica).