Melgar Tolima, marzo de 2024

GERENTE
TOMAS LEONARDO MORENO LADINO
Gerente Central de Urgencias Louis Pasteur

Ref; PRESTACION DE SERVICIOS .

Por medio del presente documento me permito presentar mi hoja de vida para suscribir contrato:

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL PROCESO DE APOYO AL AREA DE FACTURACION PARA LA CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR E.S.E DE MELGAR TOLIMA

ACTIVIDADES

1. Realizar apoyo general en el area de facturación según necesidad del area.
2.Apoyar en el alistamiento de facturas más sus respectivos soportes de las diferentes EAPB, para que el funcionario que realiza la radicación
.3,Scannear las facturas con todos sus soportes de las diferentes EAPBS para su respectiva radicación web.
4. Recepción de la facturación generada en los diferentes servicios, ya auditada y con soportes completos.
5. Solicitar las Bitácoras de traslados en físico y Escaneadas al área de referencia mes vencido.
6. Refacturación de cuentas medicas de vigencias anteriores.
7. Realizar descargue y envió de xml de las diferentes EPSS cuando sea solicitado. **8.** Realizar la Radicación y scannear las facturas con todos sus soportes para ADRES y EAPBS requeridas para su respectiva radicación web.
9. Realizar en la Validación de rips y radicación por vía web y/o correos certificados de otros Municipios.
10. Realizar apoyo en la revisión de la facturación generada en los diferentes servicios de la CULP por el personal designado para tal, donde se valide requisitos completos para proceso de radicación.
11. Suministrar al usuario la información necesaria para satisfacer sus solicitudes, regulare y armonizar las relaciones asegurador, prestador y usuarios relacionada con las condiciones administrativas y legales, con el fin de mejorar el nivel de satisfacción del usuario frente al servicio que 9rece la Central de Urgencias Louis Pasteur ESE.
12. Realizar apoyo en las jornadas de especialistas programas por el área si es requerido.
13. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto no encontrarme incurso en causales de inhabilidades e incompatibilidades para celebrar contrato.

El valor de mi propuesta es de ($1.650.000) m/cte valor mes

Cordialmente,

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Leon	Roa	Angelica Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52290467	F ○ M ⊗	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 28 MES 12 AÑO 1981	VEREDA CUALAMANA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	TOLIMA
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	MELGAR		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	3103161500	EMAIL	mariaroa2007@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADEMICA

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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	2	X		ADMINISTRACION EN SALUD RES 76-0458	10	2012	

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

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

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 O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE CANCEROLOGIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 'TECNICO ADMINISTRATIVO I	*DEPENDENCIA* 1.2.6 DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 61 81						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUB RED SUR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	10	*Año*	2016	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO DE RADICACION	*DEPENDENCIA* 1.2.6 DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 SUR 36 35333 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	05	*Año*	2012	*Día*	12	*Mes*	07	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR TELEFONICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA, ASESORIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA 68 90 88						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO IDIME			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5978260	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	05	*Año*	2008	*Día*	27	*Mes*	07	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR TELEFONICO	*DEPENDENCIA* 1.2.6 DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* AVENIDA 72 7 0 SUR						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN						

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	11	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	7

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Melgar, 01-Mar-2024.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

ANGELICA MARIA LEON ROA
CAT: 0183516

29 Feb, 2024(UTC -5) 17:46:28

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Sugerencias SECOP

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

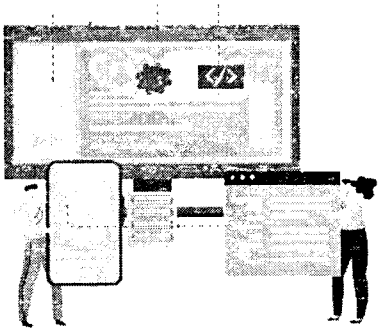
Colombia Compra Eficiente

Mantenimiento en SECOP II

Desde
2 de febrero a las 00:01 a.m.

Hasta
2 de febrero a las 7:00 a.m.

Durante este tiempo la plataforma no estará disponible pero la información y los datos se conservarán seguros en la nube pública.



Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

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, ANGELICA MARIA LEON ROA

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 52.290.467 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	MELGAR
Dirección	VEREDA CUALAMANA			Teléfonos	3158334495

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS ENRIQUE LEON SOSA	19.268.610	PADRE
LUZ ESTEFANNY CIPAGAUTA LEON	1.033.705.960	HIJA

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 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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

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	550488443958829	MELGAR	$ -

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Melgar-01-Marzo-2024
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2024-03-01 09:47

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANGELICA	MARIA	LEON	ROA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	52290467

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	MELGAR

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL LUIS PASTEUR - MELGAR

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	MELGAR
Dirección	["Carrera 26 No. 8-10 B/Centro Melgar-Tolima"]				
Cargo o función que cumple					

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$0,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
NO	COLOMBIA	TOLIMA	MELGAR	$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
NO	$0,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

VCO® Nit 830040378-0

LA COORDINACION DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que la señora **LEON ROA ANGELICA MARIA,** identificada con cédula de ciudadanía No. **52.290.467** de **Bogota**, laboro en nuestra compañía desde el 23 de Marzo del 2022 hasta 31 de diciembre de 2022, desempeñando el cargo de **SUPERNUMERARIO DE FACTURACION,** con una asignación mensual de **UN MILLON TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MCTE ($ 1.332.375)**, para la ejecución del contrato de Servicio de Facturación **No. 0553 de 2022**, suscrito entre **VCO S.A** y el **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.**

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado, a los 11 días del mes de Enero de 2023.

Atentamente,

KAREN ANDREA GUTIERREZ LOPEZ
Coordinadora de Talento Humano
VCO S.A

Elaborado por: Ana Maria Barrera.

EL SUSCRITO JEFE DE SECCION ADMINISTRACION DE PERSONAL

DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM

HACE CONSTAR:

1. QUE LEON ROA ANGELICA MARIA
IDENTIFICADO (A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52.290.467
EXPEDIDA EN BOGOTA ESTUVO VINCULADO (A) A LA CAJA,
MEDIANTE CONTRATO TERMINO FIJO DESDE EL
DÍA 16 DE MAYO DE 2012 HASTA EL DÍA 12 DE JULIO
DE 2014, CON UN HORARI HORAS 240 MENSUALES.
2. QUE A LA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO OCUPABA
EL CARGO DE AGENTE CONTACT CENTER
EN CONTAC CENTER
CON UNA ASIGNACION MENSUAL DE $616.000.
3. QUE LA CAUSAL DE RETIRO FUE: VOLUNTARIO

DADA EN BOGOTÁ, D.C A LOS 04 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2014.

JOSÉ ARMANDO CUARÁN PASOS
JEFE SECCIÓN ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO
IDIME S.A.

CERTIFICA QUE:

La Señora **ANGÉLICA MARIA LEÓN ROA,** identificada con cédula de ciudadanía número 52.290.467 de Bogotá D.C., Laboró con nosotros desde 06 de Mayo de 2008 hasta el día 27 de Julio 2011, desempeñando el cargo de **ASESOR(A) TELEFÓNICO(A).**

Se expide esta Certificación a Solicitud del interesado, a los veintisiete (27) días del mes de Julio de 2011, en la Ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,

idime

MARTHA ISABEL DIAZ RODRIGUEZ
Directora Recursos Humanos

Nubia Guerrero.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) LEON ROA ANGELICA MARIA; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 52,290,467 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	1553 de 2019
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$15,394,491
FECHA DE INICIO	01-02-2019
FECHA DE TERMINACIÓN	15-12-2019
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos,Asignar citas de acuerdo a la oportunidad de las agendas, facturar consultas, apoyo diagnóstico, rehabilitacion y procedimientos ambulatorios en cada una de las USS que conforman la subred integrada de serivios de salud sur, de acuerdo a la oferta de servicios y contratación de la institución, 2. Recaudar los copago para los usuarios Nivel II y III del régimen subsidiado y para los cotizantes y beneficiarios del régimen contributivo generando factura particular para estos casos, Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institucion dejando registro en el sistema de información, realizar verificación de derechos en las bases de datos ,fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de capitación, identificando pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna, 3. Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulacion, 4.Verificar y realizar de cargos diarios de acuerdo a la autorizacion y,o orden medica , De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiologia, terapia física, patologia, nutricion, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiologia intervencionista, cardiologia etc.,, ecaudo de dinero, elaboración de pagarés por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesoreria. 5. Depuración de ingreso ambulatorios de ingresos aperturados por el usuario de cada auxiliar administrativo y no tiene factura asociada, notificación realizada por el líder de facturación de cada USS, 6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 20.25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1.10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales,En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al dia el 100 por ciento de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre.requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar, y las demás que sean asignadas por el lider del area.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los dos(2) días del mes de Diciembre de 2021.

Cordialmente,

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) LEON ROA ANGELICA MARIA; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 52,290,467 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3025 de 2020
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$17,805,704
FECHA DE INICIO	10-02-2020
FECHA DE TERMINACIÓN	31-01-2021
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos,Asignar citas de acuerdo a la oportunidad de las agendas, facturar consultas, apoyo diagnóstico, rehabilitación y procedimientos ambulatorios en cada una de las USS que conforman la subred integrada de serivios de salud sur, de acuerdo a la oferta de servicios y contratación de la institución, 2. Recaudar los copago para los usuarios Nivel II y III del régimen subsidiado y para los cotizantes y beneficiarios del regimen contributivo generando factura particular para estos casos, Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna, 3. Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación, 4.Verificar y realizar de cargos diarios de acuerdo a la autorizacion y/o orden medica (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clinico, radiologia, terapia fisica, patologia, nutrición, clinica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urologia, radiologia intervencionista, cardiologia etc.), ecaudo de dinero, elaboración de pagares por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesoreria. 5. Depuración de ingreso ambulatorios de ingresos aperturados por el usuario de cada auxiliar administrativo y no tiene factura asociada, notificación realizada por el lider de facturacion de cada USS, 6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales,En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al dia el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar, y las demas que sean asignadas por el lider del area.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los dos(2) días del mes de Diciembre de 2021.

Cordialmente,

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) LEON ROA ANGELICA MARIA ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 52,290,467 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3580 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$15,300,360
FECHA DE INICIO	01-02-2021
FECHA DE TERMINACIÓN	31-12-2021
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos. 2. Asignar citas de acuerdo a la oportunidad de las agendas, facturar consultas, apoyo diagnóstico, rehabilitacion y procedimientos ambulatorios en cada una de las USS que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, de acuerdo a la oferta de servicios y contratación de la institución. 3. Recaudar los copago para los usuarios Nivel II y III del régimen subsidiado y para los cotizantes y beneficiarios del régimen contributivo generando factura particular para estos casos, 4. Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institucion dejando registro en el sistema de información, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna. 5. Realizar la entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulacion. 6.Verificar y realizar de cargos diarios de acuerdo a la autorizacion y/o orden médica (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clinico, radiologia, terapia física, patología, nutrición, clinica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urologia, radiologia intervencionista, cardiologia etc.), recaudo de dinero, elaboración de pagares por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesoreria. 7. Realizar depuracion de ingreso ambulatorios de ingresos aperturados por el usuario de cada auxiliar administrativo y no tiene factura asociada, notificación realizada por el líder de facturación de cada USS. 6. En caso de terminacion del contrato, las actividades asignadas las deberá dejar al dia en un 100%, así como la entrega del inventario y/o utensilios entregados por la Subred para el cumplimiento de las actividades contractuales, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional. 7. Las demas que sean asignadas por el supervisor del contrato.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los dos(2) dias del mes de Diciembre de 2021.

Cordialmente,

RUTH STELLA ROA
Directora Operativa de Contratacion - Direccion de Contratacion
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Si la información registrada presenta inconsistenciass favor notificarlo al correo electrónico certificacionesopsta@subredsur.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.290.467**
LEON ROA

APELLIDOS
ANGELICA MARIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-1981**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

02-FEB-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00043101-F-0052290467-20080809 **0001**938604A 1 1400007766

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14880710432

(415)7707212489984(8020) 000001488071043 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 2 9 0 4 6 7	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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	52290467	2 0 0 0 0 2 0 2

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
LEON	ROA	ANGELICA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 19 53 36 SUR BRR SAN CARLOS

42. Correo electrónico mariaroa2007@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 1 6 1 5 0 0	7 0 0 4 4 4 0

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 12 - 07 / 08 : 49: 55

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre LEON ROA ANGELICA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Distrital

José María Córdoba

Jornada Tarde

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D. C.,
según Resolución No. 7474 del 19 de Noviembre 1998.

Confiere a:

Angélica María León Roa

el Título de:

Bachiller Académico

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

Rector

COLEGIO JOSE MARIA CORDOBA
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

Anotado al Folio 35 del Libro para Control de Diplomas con el No. 002

Dado en Bogotá, D. C. a 25 de Noviembre de 2000

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación
de conformidad con [illegible]

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

ANGELICA MARIA LEON ROA

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.290.467

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

Título de

TÉCNICO PROFESIONAL EN

APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá, al primer(1) día del mes de octubre de dos mil doce (2012)

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

6150070 - 01/10/2012
No y 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 940300256994CC52290467C.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO DISTRITAL "JOSE MARIA CORDOBA"
JORNADA TARDE
CALLE 48 C SUR No. 24-14
TELEFONO: 769-02-94
SANTAFE DE BOGOTA.D.C.

INSCRIPCION S.E.D. 3403 INSCRIPCION DANE 11100109656 CD. ICFES 020800

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. a los Veinticinco días del mes de Noviembre de 2000, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos rector y secretaria en la rectoria del **COLEGIO DISTRITAL "JOSE MARÍA CÓRDOBA"** *institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá D.C. para otorgar el Título de* **BACHILLER** *en la modalidad* **ACADÉMICA** *según Resolución No. 7474 del 19 de Noviembre de 1.998.*
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:*

ANGELICA MARIA LEON ROA
C.C. No. 52.290.467 De Santafe deBogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. **042** *de fecha* **25 de Noviembre de 2,000** *que consta de* **123** *alumnos graduados que comienza con el nombre de* **OLGA LUCIA ACEVEDO CEPEDA** *y termina con el nombre de* **MARLLY TATIANA ZEA ESPINOSA,** *firmada por* **GERMAN EDUARDO RINCÓN RINCÓN R. (Retor) y LUCY STELLA RICO RIVAS (Secretaria).**
Dada en Santafé de Bogotá a los Veintidnco (25) días del mes de Noviembre de DOS MIL (2.000)

GERMAN EDUARDO RINCÓN RINCÓN
C.C. 6.756.287 de Tunja
RECTOR JORNADA TARDE.

LUCY STELLA RICO RIVAS
C.C. 41.449.474 de Bogotá
SECRETARIA ACADÉMICA.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 242497872

PIB
16:55:19

Bogotá DC, 29 de febrero del 2024

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) ANGELICA MARIA LEON ROA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52290467:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

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: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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 CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 29 de febrero de 2024, a las 16:43:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52290467
Código de Verificación	52290467240229164342

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:35:42 PM horas del 29/02/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52290467**

Apellidos y Nombres: **LEON ROA ANGELICA MARIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/02/2024 04:49:24 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52290467 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **86478574** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:42:41 horas del 29/02/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52290467,** Apellidos y Nombres **LEON ROA ANGELICA MARIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **LOUIS PASTEUR**, con NIT **890702369-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2024

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.grate-otc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Colombia compra eficiente | GOV.CO

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES LEON ROA ANGELICA MARIA
FECHA 03/12/2021

OFTALMOSCOPIA

OD: *[NORMAL]*

OI: *[NORMAL]*

PIN HOLE

OD:

OI:

TIPO DE TEST:

ESTEREOPSIS: *[NORMAL]*

VISIÓN CROMÁTICA: [NORMAL]

SEGUNDOS/ARCO:

INTERPRETACIÓN:

NÚMERO: N/A

TEXTO: N/A

OBSERVACIONES:

INTERPRETACIÓN AGUDEZA VISUAL DISMINUIDA PARA VER DE DE LEJOS Y DE CERCA, CORRIGE ADECUADAMENTE CON LA CORRECCION OPTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción
H521	MIOPIA
H522	ASTIGMATISMO

CONCEPTO DE APTITUD APTO CON RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - PAUSAS ACTIVAS- DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO

OTRA RECOMENDACIÓN

REMITIDO A: N/A **CAUSA REMISIÓN:** N/A

Consentimiento informado

Yo LEON ROA ANGELICA MARIA identificado con CC 52290467. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y para constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen medico ocupacional y/o examenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dá a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Aspirante a trabajador

germán giovanny suárez roa

CC 52290467

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES LEON ROA ANGELICA MARIA
FECHA 03/12/2021



DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.52290467 **FEC. NACIMIENTO:** 28/12/1981 **EDAD:** 39 **SEXO:** F **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: SOLTERO **ESCOLARIDAD:** UNIVERSITARIO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 3103161500
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** CRA 19 # 53 36 SUR
CORREO: MARIAROA2017@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: OTRO
EPS: FAMISNAR **ARL:** NO REFIERE **PENSIONES:** COLPENSIONES

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: NO REFIERE
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: INDEPENDIENTE
TURNO: NO REFIER
DESCRIPCION DEL CARGO: **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE

VISIOMETRIA

OCUPACIÓN: FACTURADORA
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 5 - Meses: 0
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI
¿TIENE LENTES FORMULADOS?: SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 31/08/2021
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: 31/08/2021 **¿HACE CUÁNTO?:** Años: 30 - Meses: 0
TIPO DE CORRECIÓN: ANTEOJOS **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** SI
FORMA DE USO: **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** SI
PERMANENTES (SI) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
¿CIRUGÍA OCULAR?: SI
¿CUÁL?: QUERATOCONO **FECHA CIRUGIA:**

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Síntoma	Observaciones
Cefaleas	
Visión borrosa cerca	
Visión borrosa lejos	

LENSOMETRIA O.D - O.I.: -425-475*35 **TIPO DE LENTE OD - OI:** MONOFOCAL AR TRANSITION **ADD O.D - O.I:** NO APLICA

AGUDEZA VISUAL:

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección
20/200	20/25	20/400	20/25	20/50	20/20	20/200	20/20

EXAMEN EXTERNO

OD: NORMAL **OI:** NORMAL

COVER TEST

LEJOS: *[NORMAL]* **CERCA:** *[NORMAL]*

PPC: !

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombres y Apellidos: ANGELICA MARIA LEON ROA Documento: CC 52290467 Fecha Nacimiento: 28/12/1981 Fecha Generación: 22/02/2024

Edad	Me protege de	Dosis	Tipo Esquema	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador
				Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Primer Refuerzo	PAI Adicional	26	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017121A	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL				YESENIS ALEIDIS DELGADO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	PAI Adicional	12	3	2021	PFIZER	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	2	4	2021	NELSON FERNEY ALBA MENDEZ
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	PAI Adicional	5	4	2021	PFIZER	ER1742	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	3	5	2021	NELSON FERNEY ALBA MENDEZ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010916325

Fecha de generación del carné: jueves, 22 de febrero de 2024 11:39 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52290467
Nombres y Apellidos	ANGELICA MARIA LEON ROA
Fecha de nacimiento:	28/12/1981

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	12/03/2021	Pfizer	EN1195	HOSPITAL EL TUNAL
	Segunda dosis	05/04/2021	Pfizer	ER1742	HOSPITAL EL TUNAL
DPT	Única				
DPT Acelular	Cuarta dosis	30/07/2016	Bostrix - GSK	AC37B165AB	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO QUIROGA
Fiebre amarilla	Primera dosis	12/09/2020	Fiebre Amarilla - SANOFI PASTEUR	R3C23	UPA CANDELARIA LA NUEVA
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	15/08/2023	BUTANTAN	230046	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010916325

Fecha de generación del carné: jueves, 22 de febrero de 2024 11:39 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52290467
Nombres y Apellidos	ANGELICA MARIA LEON ROA
Fecha de nacimiento:	28/12/1981

Neumo Polisacárido	Primera dosis	03/09/2020	Neumo 23 MSD	S014391	UPA CANDELARIA LA NUEVA
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	30/01/2007	Sarampión -Rubéola - SERUM		CLINICA CANDELARIA IPS LTDA
Td	Segunda dosis	03/12/2006	Tetavax		
	Tercera dosis	27/08/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1009E	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Quinta dosis	15/08/2023	Toxoide Tetánico y diftérico	2332L004B	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis	18/06/2011			
	Segunda dosis	20/08/2011			CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO QUIROGA
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010916325

Fecha de generación del carné: jueves, 22 de febrero de 2024 11:39 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52290467
Nombres y Apellidos	ANGELICA MARIA LEON ROA
Fecha de nacimiento:	28/12/1981

VPH Tetravalente	Única
	Primera dosis
	Segunda dosis
	Tercera dosis
	Única

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52290467
NOMBRES	ANGELICA MARIA
APELLIDOS	LEON ROA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	MELGAR

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/09/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2024 11:18:18	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGELICA MARIA LEON ROA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52290467,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de marzo de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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.

CERTIFICADO

MELGAR,
TOLIMA,
COLOMBIA,
A quien interese

29/02/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ANGELICA MARIA LEON ROA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52290467**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488443958829**
Fecha de apertura	**29/02/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA