

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.290.467

LEON ROA
APELLIDOS

ANGELICA MARIA
NOMBRES

Angelica Leon Roa
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

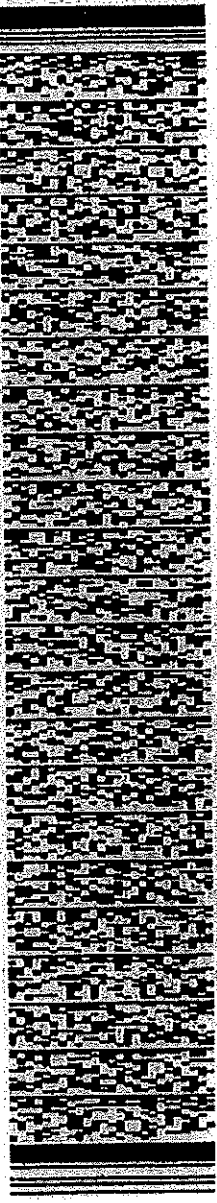
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

02-FEB-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Angelica Leon Roa*

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

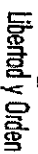


INDICE DERECHO



A-1500106-47 120151-F-0052290467-20041021

0139304295A 02 152323426



ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES	
León		Roa		Angelica Maria	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SEXO	NACIONALIDAD
C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52.290.467		F ☒ M ☐		COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR				PAÍS	
				Colombia	
PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA 28 MES 12 AÑO 1981		Cra 19 # 53-3650r			
PAÍS		PAÍS			
Colombia		Colombia			
DEPTO		DEPTO			
Cundinamarca		Cundinamarca			
MUNICIPIO		MUNICIPIO			
Bogotá		Bogotá			
		TELÉFONO 315-8334 495 EMAIL maria.roa@gmail.com			

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES	
				X				X		AÑO	
										25.11.2000	
										Bachiller Académico	

[illegible]

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		
Subred asociada de salud	X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Bogotá		Subred Salud Capital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7300000 ext 2005	DÍA 01 MES 10 AÑO 2016	DÍA 1 MES 1 AÑO 2011			
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Auxiliar administrativo	Facturación		Calle 67A Sur #18-12		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Caja de Compensación Familiar (Cafam)		X	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Bogotá				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
6468000 ext 2432	DÍA 16 MES 05 AÑO 2012	DÍA 12 MES 07 AÑO 2014			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Asesor Contac Center	Contact Center		Av 68 # 90-88		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Instituto de diagnóstico Time		X	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Bogotá		www.time.com.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
5978260	DÍA 06 MES 05 AÑO 2008	DÍA 23 MES 07 AÑO 2011			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Asesor Telefonico	Call center		Av 68 # 90-88		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
	DÍA 1 MES 1 AÑO 1111	DÍA 1 MES 1 AÑO 1111			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		

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



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° 52290467 DE BOGOTA	CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:	
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	SANTA FE DE BOGOTA
Dirección	CARRERA 19 NO 53 – 36 SUR			Teléfonos	3158334495

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS ENRIQUE LEON SOSA	C.C. 19.268.610 DE BOGOTA	PADRE
LUZ ESTEFANNY CIPAGAUTA LEON	T.I. 1.033.705.960 DE BOGOTA	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	16.012.000
TOTAL	\$ 16.012.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	4870469758	TUNAL	\$ 2.000

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	Nº
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACION

3. FIRMA



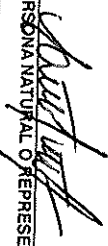
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

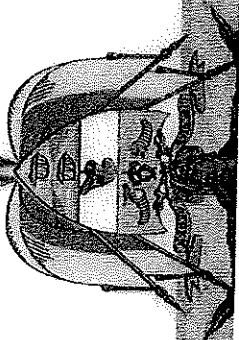
BOGOTÁ D.C. 30 DE DICIEMBRE DE 2017

CIUDAD Y FECHA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.										PM-GRI-FT-05	
FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFI											
Fecha de Diligenciamiento		Día		Mes		Año					
Clase de Vinculación		Proveedor		Colaborador		EAPB		Otro			
PERSONA NATURAL											
Nombre Completo											
CC		☒		CE		☐		TI		☐	
Fecha Nacimiento		Día		Mes		Año		Lugar Nacimiento		Nº	
		28		12		1981		Boquerón		52290467	
Profesión, Ocupación u Oficio		Auxiliar administrativo		Fecha Expedición Documento		02/02/2000					
Dirección Residencia		Cra 19 # 53-36 Sur		Teléfono (s)		315 833 4495					
Ingresos Mensuales		1500.000		Egresos Mensuales		1500.000					
Otros ingresos diferentes a la relación contractual		☐		Otros Ingresos Mensuales		☐					
Concepto Otros Ingresos											
Estado Civil		Soltero		Correo Electrónico		mañorosa2007@gmail.com					
Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesión:											
¿Maneja Recursos Públicos?		SI ☐		NO ☒		¿Tiene Reconocimiento Público?		SI ☐		NO ☒	
¿Ejerce algún grado de Poder Público?		SI ☐		NO ☒		¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?		SI ☐		NO ☒	
PERSONA JURÍDICA											
Nombre o Razón Social											
Tipo de Empresa		Pública		☐		Privada		☐		Mixta	
Fecha de constitución en Cámara de Comercio		A. 20.03.2011		Sector de la Economía		E-mail		Ciudad		Tiene Sucursales	
Oficina Principal		Teléfono (s)								SI ☐	
Representante Legal		Nombre Completo		CC		CE		TI		Otro	
Representante Legal		Dirección		Nº		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 ☒		Cuál					
¿Posee productos financieros en el Exterior?		SI ☐		NO ☒		Cuál					
Producto		Número Producto		Moneda		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).

 Ministerio de Salud de la República de Colombia		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:			
<ol style="list-style-type: none">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 corrupción.5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):			
Origen de Ingresos: <u>Prestar servicios como abogado administrativo a la Subred SOR</u>			
CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES			
<ol style="list-style-type: none">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 requerirá de una autorización de su titular.3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vínculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAPB u otro, llegaren a:<ul style="list-style-type: none">- Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, testarato y/o tráfico de estupefacientes.- Ser incluidos 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 <u>12</u> días del mes de <u>Diciembre</u> del año <u>2017</u> , en la ciudad de <u>Bogotá</u> .			
			
Firma		FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL	
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED SUR - INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN			
Nombre Completo de quien verifica			
<u>Jorge Henan Rojas Gomez</u>			
Cargo			
<u>Referente Factura</u>			
Fecha de Verificación			
<u>2017 12 19</u> Hora <u> </u> Firma <u>Jorge H Rojas</u>			
Observaciones			



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

Colegio Distrital

José María Cordoba

Formada Tande

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

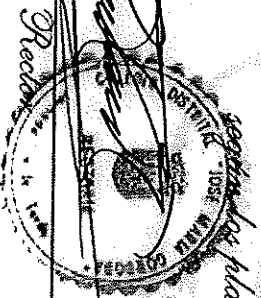
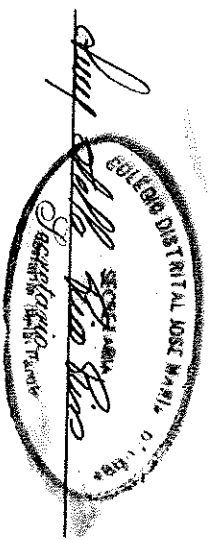
Confere a :

Angelica Maria Leon Roa

el Título de:

Bachiller Académica

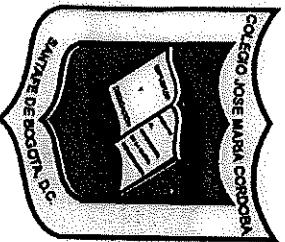
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media, (Artículo 28 Ley 115 de 1994)
según los planes y programas vigentes



Aprobado el Oficio 35 del Libro para Control de Diplomas en el Plantel No. 002

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

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación



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.

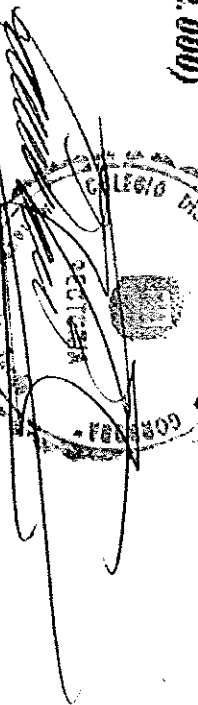
INSCRIPCION S.E.D. 3403 INSCRIPCION DANE 11100109656 CD. ICFES 020800

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 rectoría del **COLEGIO DISTRITAL "JOSE MARIA CORDOBA"** institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría 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.

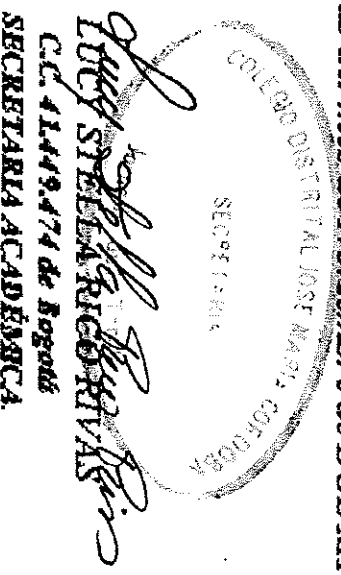
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

ANGELICA MARIA LEON ROA
C.C. No. 52.290.467 De Santafé de Bogotá

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 **MARILY TATIANA ZEA ESPINOSA**, firmada por **GERMAN EDUARDO RINCÓN R. (Rector)** y **LUCY STELLA RICO RIVAS (Secretaria)**.
Dada en Santafé de Bogotá a los Veinticinco (25) días del mes de Noviembre de DOS MIL (2.000)



GERMAN EDUARDO RINCÓN RINCÓN
C.C. 4.756.287 de Santafé
RECTOR JORNADA TARDE



LUCY STELLA RICO RIVAS
C.C. 41449.474 de Bogotá
SECRETARIA ACADÉMICA



REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 6160070 - 01/10/2012

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: ANGELICA MARIA LEON ROA, Con Cédula de Ciudadanía No. 52.290.467

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE
OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO PROFESIONAL EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD

En constancia de lo anterior se firma la presente 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



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 BOGOTÁ 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 CONTACT 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

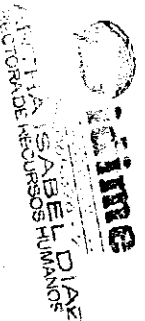
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO IDIME S.A.

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,



MARTHA ISABEL DIAZ RODRIGUEZ
Directora Recursos Humanos

Nubia Guerrero.



Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2017 - 13:56 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE

52290467

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 ejecutorias 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).

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.

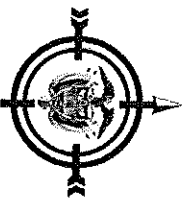


MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Comunicador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_BYVWH_5613
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102764208



WEB
14:01:40
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 11 de diciembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION 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 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 de 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 NÚMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de diciembre de 2017, a las 09:13:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52290467
Código de Verificación	52290467171212091315

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

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


SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
 POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Instrucción Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/12/2017 a las 14:09:38 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No 52290467 y

Nombres: LEON ROA ANGELICA MARIA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

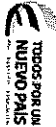
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya 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](#)



Presidencia de la República

Ministerio de Defensa

Gobierno en Línea

Portal Único de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.

[illegible]

12- Ventas régimen simplificado

[illegible]

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☒ NO ☐

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 20161004

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 su incumplimiento 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 FLOREZ CARMONA JORGE ALFREDO

Fecha generación documento PDF: 04-10-2016 07:37:40AM



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN

**DIRECCIÓN DISTRICTAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 04-10-2016
Hora: 8:40:15 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 52290467 ANGELICA MARIA LEON ROA

Información General

Dirección KR 19 53 36 SUR

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Dirección electrónica leoang81@hotmail.com

Actividad 2: -

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/10/2016

Actividad 3: -

Soporte Inscripción 14106343

Actividad 4: -

Fecha Inicio Actividades 04/10/2016

Actividad 5: -

Fecha Cese Actividades

Fecha Inicio Financiera:

Fecha de Informe del Cese

Código de Verificación de Información: 16001212461

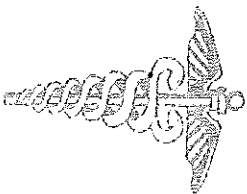
Establecimientos: 0

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

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

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

Fuente ICA TE TOCA



Certificado Médico De Aptitud Laboral

INFORMACIÓN GENERAL

EMPRESA

Sub red Sur

FECHA 12-12-17

INGRESO ☒

EGRESO ☐

NOMBRE

Angelica Maria Leon RGA

PERIODICO ☐

EDAD 36

SEXO F

CARGO A DESEMPEÑAR

Aux Administrativa

C.C. 52 290 467

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL

☒

EXAMENES DE LABORATORIO

☐

OPTOMETRIA/VISOMETRIA

☐

AUDIOMETRIA

☐

ESPIROMETRIA

☐

CUALES

El suscrito medico hace constar que el (la) señor(ía) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente concepto

APTO

☒

MOTIVO

NO APTO

☐

MOTIVO

masculo angel hio romero

EXAMEN PERIODICO

debe laborar con lentes

Puede continuar con su labor SI

NO ☐

Se sugiere reubicación laboral SI ☐

EXAMEN DE EGRESO

NO ☐

Sospecho de enfermedad laboral SI ☐

NO ☐

Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

HIGIENE POSTURAL ☐

PAUSAS ACTIVAS ☐

ERGONOMIA DEL PUESTO TRABAJO ☐

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ☐

VALORACIÓN POR MEDICINA OCUPACIONAL ☐

CONTROL AUDIOMETRIA ☐

USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA ☐

OPTOMETRIA PERIODICO ☐

USO DE LENTES ☐

CONTROL DE TENSION ARTERIAL ☐

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE(DIETA, EJERCICIO) ☐

EVITAR POSTURAS PROLONGADAS ☐

USO DE MEDIDAS DE COMPRESION GRADUADA ☐

FIRMA DEL PACIENTE

C.C. 52.290.467

Dr. Arturo Rodríguez
Médico y en Salud Ocupacional
Especialista en Salud Ocupacional

Calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 -- 3176473117 E-mail: globalservicemedicalgroup@gmail.com



· VISIOMETRIA

NOMBRE Angelica M. Leon M. FECHA 12-12-2012 EDAD 26 SEXO M ☐ F ☒

CC OTI 52.290.467 OCUPACION Box vendedora INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐
EMPRESA Sobre d 301 ULTIMO CONTROL

AVSC: OD VL 20/40 VP 20/30 AVCC: OD VL 20/40 VP 20/30
OI VL 20/30 VP 20/30 OI VL 20/40 VP 20/30

EXAMEN EXTERNO

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES
OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

EXAMEN MOTOR

DUCCIONES OD NORMAL ☒
OI NORMAL ☒ VERSIONES NORMAL ☐

HISHBERG COVER TEST

OF TALMOSCOPIA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES
OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

TEST ISHIHARA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES
OI NORMAL ☐ / OBSERVACIONES

ESTEREOPSIS

IDX Quinto cono Asimetría

OBSERVACIONES debe usar lentes

FIRMA DEL PACIENTE

CC 52.290.467.

Fuilles Ortiz Rodolfo
FIRMA DEL ESPECIALISTA
Especialista en Oftalmología
Resolución 6068



CERTIFICA QUE:

EI(La) Señor(a) ANGELICA MARIA LEON ROA identificado(a) con CC 52290467 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE..

Fecha de Activación de Servicios: 05/03/2016

Estado de la Afiliación: ACTIVO

I PS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO QUIROGA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 11 días del mes de diciembre del año 2017.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Freddy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR LTDA.

Medellin, 11 de diciembre de 2017

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

CERTIFICA:

Que ANGELICA MARIA LEON identificado(a) con cédula de ciudadanía 52290467 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 29/10/2016 Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS 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:

3861101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

1751301 - EMPRESAS DEDICADAS A LA REGULACION DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS, CULTURALES Y OTROS SERVICIOS SOCIALES, EXCEPTO SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1751301

CLASE DE RIESGO: 1 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 0,522%

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.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.artsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación 1734548902

Atentamente,

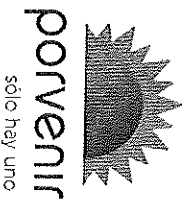


Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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:

11/12/2017 1:35 PM



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGELICA MARIA LEON ROA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 52,290,467, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Diciembre de 2017.

Gerente de Clientes

 AL MINISTRO DE SALUD DE LA REPÚBLICA	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. 15 de diciembre 2017

Señores:

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Por medio de la presente, yo Angela María León Roa, identificado con número de documento 52.290.467, 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: Angela María León Roa

No. Documento: 52.290.467

Teléfono: 310 -3161500
315. 833 4495