REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.290.467

LEON ROA
APELLIDOS

ANGELICA MARIA
NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1500106-47120151-F-0052290467-20041021 01393 04295A 02 152323426

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

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

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52.290.467

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 28 MES 12 AÑO 1981

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 19 #63-36sur

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

TELÉFONO 315-8334495 EMAIL mafarca66@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										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
				X				X		X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico

FECHA DE GRADO 25-11-2000

MES 11 AÑO 2000

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	Cuatro	X		Apoyo administrativo en Salud	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 R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Sur Integrada de Salud	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	subredsur@saludcapital.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7300000 EXT 2006	DÍA 01 MES 10 AÑO 2016	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar administrativo	Facturación	Calle 67A Sur #18c-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 diagnostico Idime		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	www.idime.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5978260	DÍA 06 MES 05 AÑO 2008	DÍA 27 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 MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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	SANTAFE 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	16.012.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
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 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

BOGOTA D.C. 30 DE DICIEMBRE DE 2017
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Fecha de Diligenciamiento — Día: 12 — Mes: 12 — Año: 2017

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

PERSONA NATURAL

Nombre Completo: Angelica María León Roa

CC: [/] CE: [ ] TI: [ ] Otro: [ ] N°: 52290467

Fecha Nacimiento — Día: 28 Mes: 12 Año: 1981 — Lugar Nacimiento: Bogotá

Profesión, Ocupación u Oficio: Aux. administrativo — Fecha Expedición Documento: 02/02/2000

Dirección Residencia: Cra 19 # 53-36 Sur — Teléfono (s): 315 833 4495

Ingresos Mensuales: 1'500.000 — Egresos Mensuales: 1'500.000

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

Concepto Otros Ingresos:

Estado Civil: Soltera — Correo Electrónico: mariaroa2007@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 publicamente expuesta? SI: [ ] NO: [/]

PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social — Nit — DV

Tipo de Empresa — Pública: [ ] Privada: [ ] Mixta: [ ] — Sector de la Economía — CIIU

Fecha de constitución en Cámara de Comercio: AAAA/MM/DD — E-mail

Oficina Principal — Dirección — Ciudad — Teléfono (s) — Tiene Sucursales SI: [ ] NO: [ ]

Representante Legal — Nombre Completo

CC: [ ] CE: [ ] TI: [ ] Otro: [ ] N°

Representante Legal — Dirección — Teléfono

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

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

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

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

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

Producto		Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

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

Origen de Ingresos: Prestar Servicios como apoyo administrativo a la Subred Sur

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

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

2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.

3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vinculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAPB u otro, llegaren a:

* Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.
* Ser 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 12 días del mes de Diciembre del año 2017, en la ciudad de Bogota.

HUELLA

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

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

Nombre Completo de quien verifica	Jorge Heman Rojas Gomez		Cargo	Referente Facturacion	
Fecha de Verificación	2017 12 19	Hora		Firma	Jorge H Rojas
Observaciones					

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 vigentes

COLEGIO DISTRITAL "JOSE MARIA CORDOBA" SECRETARIA

Rector

COLEGIO DISTRITAL JOSE MARIA CORDOBA SECRETARIA

Secretario

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

Anotado al Folio 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

A.P.I. Impresores Ltda.

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 111001096 56 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 MARÍA CÓRDOBA"** *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 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. (Rector)** *y* **LUCY STELLA RICO RIVAS (Secretaria).**
Dada en Santafe de Bogotá a los Veintidnco (25) días del mes de Noviembre de DOS MIL (2.000)

COLEGIO DISTRITAL JOSE MARIA CORDOBA
SECRETARIA

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.

REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 6150070 - 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

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 940300256994CC52290467A.

CAFAM

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
DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS

MARTHA ISABEL DIAZ RODRIGUEZ
Directora Recursos Humanos

Nubia Guerrero.

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1947133

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 ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_BYWVH_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

Bogotá DC, 11 de diciembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) 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 en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 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 P.
SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 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

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

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

Todos los derechos reservados 2011.

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14391644562

(415)7707212489984(8020) 000001439164456 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
52290467	8	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	52290467	20000202

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEON	ROA	ANGELICA	MARIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

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

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
feoang81@hotmail.com		2790523	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	20161004						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 20161004

La información contenica en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: FLOREZ CARMONA JORGE ALFREDO

985. Cargo: Analista II

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

rut angelica.jpg

12/12/2017

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 04-10-2016
Hora: 8:40:15 AM

CONTRIBUYENTE CC 52290467 ANGELICA MARIA LEON ROA

Información General

Dirección KR 19 53 36 SUR

Teléfonos 2790523 / 3103161500
Dirección electrónica leoang81@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/10/2016
Soporte Inscripción 14106343
Fecha Inicio Actividades 04/10/2016
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001212461

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fuente ICA TE TOCA

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

Certificado Medico De Aptitud Laboral

INFORMACIÓN GENERAL
EMPRESA Sub red sur FECHA 12-12-17
INGRESO X EGRESO ☐ PERIODICO ☐
NOMBRE. Angelica Maria leon ROA C.C. 52 290 467
EDAD 36 SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR Aux Administrativo

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL X
OPTOMETRIA/VISOMETRIA ☐
AUDIOMETRIA ☐
ESPIROMETRIA ☐

EXAMENES DE LABORATORIO ☐

CUALES

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

APTO X MOTIVO
NO APTO ☐ MOTIVO Musculo esqueletico normal
debe laborar con lentes

EXAMEN PERIODICO
Puede continuar con su labor SI NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐
EXAMEN DE EGRESO
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 ☐ CONTROL OPTOMETRIA PERIODICO ☐ USO DE LENTES ☐ CONTROL DE TENSION ARTERIAL ☐ ESTILOS DE VIDA SALUDABLE(DIETA, EJERCICIO) ☐
EVITAR POSTURAS PROLONGADAS ☐ USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA ☐

FIRMA DEL PACIENTE
C.C. 52.290.467

FIRMA ESPECIALISTA
Edilma Ortiz Rodriguez
R.M. 68687
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoria en Salud

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

VISIOMETRIA

NOMBRE Angelica M. leon R FECHA 12-12-17 EDAD 26 SEXO M ☐ F ☒

CC O TI 52.290.467 OCUPACION Aux ventanilla INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐

EMPRERSA Subred Sur ULTIMO CONTROL

AVSC: OD VL 20/70 VP 20/30 AVCC: OD VL 20/40 VP 20/20

OI VL 20/70 VP 20/3 OI VL 20/46 VP 20/20

EXAMEN EXTERNO

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

EXAMEN MOTOR

DUCCIONES OD NORMAL ☒ VERSIONES NORMAL ☐

OI NORMAL ☒

HISHBERG COVER TEST

OFTALMOSCOPIA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

TEST ISHIHARA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

OI NORMAL ☐ / OBSERVACIONES

ESTEREOPSIS

IDX Queratocono, astigmatismo.

OBSERVACIONES debe labor con lente

FIRMA DEL PACIENTE
CC 52.290.467.

Eulices Ortiz Rodriguez
R.M. 181492
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoria en Salud
FIRMA DEL ESPECIALISTA
RM Resolucion 6068

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(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**
IPS:	**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,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR LTDA.

ARL | sura

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación1734548902

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Dirección IP: 190.24.146.205, 172.16.42.236

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGELICA MARIA LEON ROA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **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

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

Bogotá D.C 15 de diciembre 2017

Señores:

Servicio Nacional de aprendizaje Sena

Por medio de la presente, yo Angelica Maria 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: Angelica Maria León Roa

No. Documento: 52.290.467

Teléfono: 310-3161500
315-8334495