Más visitados Galería de Web Slice Comenzar a usar Firefox Sitios sugeridos Resultado de imagen ...

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA,

LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA con el NIT 1018432544 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

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
Tibaquira	Espinosa	Leidy Daniela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1019432544

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 01 MES 07 AÑO 1990

PAÍS: colombia

DEPTO: Bogota D.C

MUNICIPIO: Bogota D.C

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 5 9 30 Toledo

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Mosquera

TELÉFONO: 3504769245 EMAIL: leidantia@yahoo.c

2 FORMACION 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	11 (X) MES 12 AÑO 2006

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
UN	8	X		Enfermera	07	2012	36918

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

Scanned by CamScanner

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 integrada de Salud Centro oriente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota D.C	Bogota D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	DIRECCIÓN
3444484	DÍA 15 MES 07 AÑO 2017	DÍA 31 MES 03 AÑO 2018	Diagonal 34 N 5-43

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA
Enfermera Profesional	Salud Publica

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital San Rafael de Facatativa	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Facatativa	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	DIRECCIÓN
8901915	DÍA 25 MES 07 AÑO 2016	DÍA 07 MES 03 AÑO 2017	KR 2 # 1-80

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA
Enfermera Autorizaciones	Facturacion

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital san cristobal E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota D.C	Bogota D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	DIRECCIÓN
2091480	DÍA 08 MES 08 AÑO 2014	DÍA 31 MES 01 AÑO 2016	Calle 22sur N8A58

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA
Enfermera Profesional	Salud Publica

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Santamatilde de madrid E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Madrid	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	DIRECCIÓN
8415235	DÍA 19 MES 02 AÑO 2014	DÍA 29 MES 07 AÑO 2014	KR 6N 11-06

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA
Enfermera PYP	Promocion y Prevencion

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

Scanned by CamScanner

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. I Nivel de atencion	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota D.C	Bogota D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7799800	DÍA 04 MES 09 AÑO 2012	DÍA 03 MES 09 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera Profesional	ESPACIO PUBLICO	KRA 78A BIS N 69B 70 Sur

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

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 .

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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	4	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota Dc. 25 marzo 2018

Daniela Tibaquira

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

Scanned by CamScanner

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

I DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Leidy Daniela Tibaquira Espinosa

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 1018432544 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
KR 5 N 9-30 toledo	3504769245

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
mosquera	cundinamarca	colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Itilda Aurora Espinosa vega	51919989	Madre
Maria Jose Rodriguez Tibaquira	1018448332	Hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [X], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
ARRIENDOS	0
HONORARIOS	24.600.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0
TOTAL	24.600.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	Ahorros	008400715960	20 Julio	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Apartamento	Apartamento	140.000.000

- EMPLEADOR -

FORMA FUDBR001

Scanned by CamScanner

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco AV villas	Credito Hipotecario	33'000.000

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
Jose samuel Rodriguez Reyes	C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ]	74339595

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Daniela Tibaquira
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO

Bogota D.C. 25 marzo 2018
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

Leidy Daniela Tibaquirá Espinosa

C.C. No. 1.018.432.544 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C., 13 de julio de 2012

Rector

Secretario General

Director

Tomo 6 *Folio 180* *Registro 32707* *Fecha: 13 de julio de 2012*

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 586

En Bogotá D.C., el 13 de julio de 2012 a las 10:00 horas, convocados por Resolución 011 de la Rectoría Bogotá del 6 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor José Leonardo Valencia Molano, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Edgar Orlando Cote Rojas y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA** con cédula de ciudadanía Número 1018432544 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en libro de registro de títulos Tomo 6, Folio 180, numero 32707

JOSE LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector Bogotá
EDGAR ORLANDO COTE ROJAS. Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Dada en Bogotá D.C., el 13 de julio de 2012.

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA

Con Documento de Identidad No 1018432544

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS

MEDELLIN - AGOSTO 05 DE 2016
Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 0020160805

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 160805A

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo admisiones@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA

c.c. 1.018.432.544

ASISTIO AL CURSO :

ASESORIA, POSTURA Y RETIRO DEL IMPLANTE SUBDERMICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **RESOLUCION 412 DE 2000,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 003 DE MAYO DE 2014 , LAS NORMAS DE COMPETENCIA LABORAL 230101068, 230101217, 270405039, 280201085 DE LA COMISION INTERSECTORIAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD Y LA NORMA TECNICA PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

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

Dado en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de Abril de 2016.

Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora

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

David Londoño
Sub Dirección Académica

2510

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA

c.c. 1.018.432.544

ASISTIO AL CURSO

TOMA DE CITOLOGIA CERVICO UTERINA

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **RESOLUCION 412 DE 2000,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 , LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 20332810110304 DE LA COMISION INTECSECTORIAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, NORMA TECNICA PARA LA DETENCION TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 22 días del mes de Abril de 2016.

Validez 2 años.

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

Paola M. Vieda
Directora

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

David Londoño
Sub Dirección Académica

2530

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITECNICO DE COLOMBIA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución Nº 09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA

Con Documento de Identidad No 1018432544

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

MEDELLIN - FEBRERO 12 DE 2016

Con una intensidad horaria de cien (100) horas

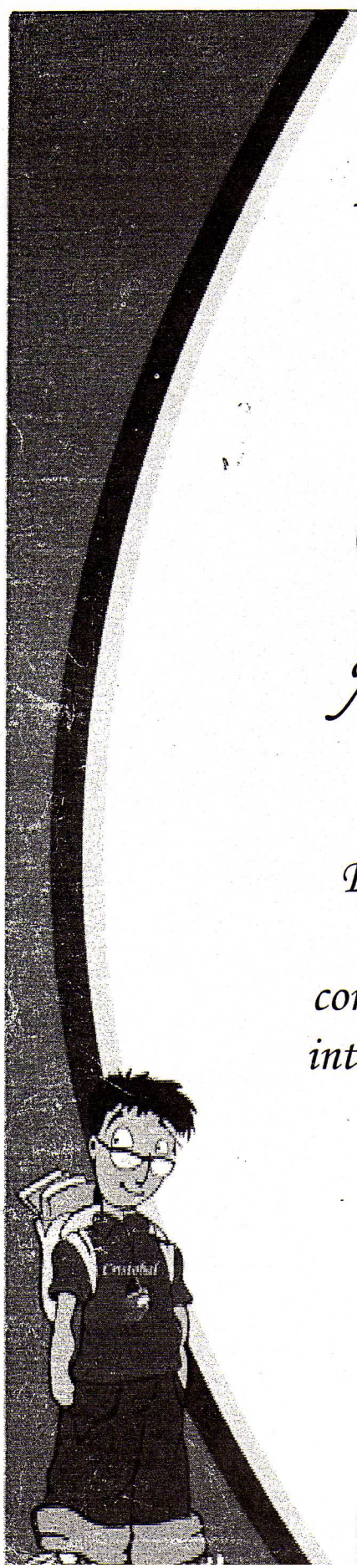
Registrado en el Libro de Actas No 0020160212

POLITECNICO DE COLOMBIA

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 160212A

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo admisiones@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el Nº del libro de actas con el cual se registra el mismo.



La ESE San Cristóbal otorga la presente

Certificación

A: DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA CC 1018432544

EN LAS 18 PRACTICAS CLAVES DE AIEPI COMUNITARIO como multiplicador del conocimiento con una intensidad horaria de 18 horas dado a los 26 días del mes de septiembre 2014

Liliana Tellez V.

Liliana Téllez Valbuena
Referente infancia

Bogotá D.C

Señores:

Fundación universitaria del Area Andina
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Enfermera
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Daniela Tibaquira

No. de documento: 1018432544

Tarjeta profesional No: 36918

Dirección de contacto: KR 5 N 9-30 Toledo Magtuera (Cund)

Teléfono: 3504769245

QUIMED

www.quimed.com.co

Expedimos la presente certificación a favor del(a) señor(a) **LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1.018.432.544 de Bogotá.

DATOS BASICOS

CARGO	: Enfermera Jefe Autorizaciones
FECHA INGRESO	: Julio 25 de 2016
FECHA DE RETIRO	: Marzo 07 de 2017
CLASE DE CONTRATO	: Indefinido

Se expide en la ciudad de Bogotá a solicitud del interesado, hoy seis (06) de marzo del año 2017, con destino a: A QUIEN INTERESE.

Cualquier otra información favor comunicarse al número de teléfono 8030444 – 317 6478248.

Cordialmente,

INVERSIONES ROMERO S.A.
NIT. 800.233.307 - 8
QUIMED

DIANA MURIEL PUYO
Jefe de Gestión Humana

ISO 9001: 2008
BUREAU VERITAS
Certification
N CO233886

E.S.E
SAN
CRISTÓBAL
NIT. 800216538-0

LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA** , identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA N°1018432544 de Bogotá** , suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes órdenes prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

No de Contrato	Valor	Fecha Inicial	Fecha Final
No Contrato 2364-2014	$ 3,066,667	2014-08-08	2014-08-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO ENFERMERA EN TERRITORIOS SALUDABLES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No Contrato 2693-2014	$ 4,000,000	2014-09-01	2014-09-30
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO ENFERMERA EN TERRITORIOS SALUDABLES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
FECHA INICIO		DIAS DE SUSPENCIONES	MOTIVO
2014-09-29		5 DIAS	INCAPACIDAD MEDICA POR ACCIDENTE LABORAL
No Contrato 3554-2014	$ 3,333,333	2014-10-06	2014-10-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO ENFERMERA EN TERRITORIOS SALUDABLES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No Contrato 3856-2014	$ 4,000,000	2014-11-01	2014-11-30
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO ENFERMERA EN TERRITORIOS SALUDABLES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No Contrato 4831-2014	$ 4,000,000	2014-12-01	2014-12-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO ENFERMERA EN TERRITORIOS SALUDABLES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No Contrato 381-2015	$ 3,466,667	2015-01-05	2015-01-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO ENFERMERA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No Contrato 1155-2015	$ 8,000,000	2015-02-01	2015-03-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO ENFERMERA EN TERRITORIOS SALUDABLE PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No Contrato 1690-2015	$ 16,585,600	2015-04-01	2015-07-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO ENFERMERA EN TERRITORIOS SALUDABLE PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
VALOR ADICIÓN		DIAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN

E.S.E
SAN
CRISTÓBAL

NIT. 800216538-0

$ 8,292,800		DOS (02) MESES	2015-09-30
No Contrato 3151-2015	$ 8,292,800	2015-10-01	2015-11-30

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO ENFERMERA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

No Contrato 3755-2015	$ 4,146,400	2015-12-01	2015-12-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO ENFERMERA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

No Contrato 182-2016	$ 4,146,400	2016-01-01	2016-01-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO ENFERMERA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y prestación de los servicios contratados.

Nota: La información antes relacionada de carácter contractual queda sujeta a las liquidaciones efectuadas o por efectuar, razón por la cual se le sugiere solicitar copia de ellas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el miercoles 24 de febrero del 2016.

Cordialmente,

Virmary Angela Ortiz Herrera
Jefe Asesora Oficina Jurídica

FUNIPROS

FUNDACIÓN UNIDOS POR EL PROGRESO
FUNIPROS.
N. I. T. 900.090.961-2
Calle 14 # 12-10

CERTIFICA QUE:

La señora, **LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA**, identificada con la cedula de ciudadanía No.1.018.432.544 Expedida en Bogotá.

Laboro para esta entidad a través de contrato a Obra o labor como **APOYO A LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS ASISTENCIALES COMO ENFERMERA AREA DE P Y P,** con fecha de inicio de la labor a partir del día 19 de Febrero del Dos Mil Catorce (2014) y fecha de finalización de la labor el día 29 de Julio del dos mil Catorce (2014); En La empresa cliente**: E.S.E. Hospital santa Matilde de Madrid. Centros de salud adscritos.**

Desde el Momento de su vinculación se registró su ingreso como afiliado cotizante al sistema de seguridad social en E.P.S: Sanitas Fondo de Pensiones: Porvenir-CAJA DE COMPESACION FAMILIAR: COMPENSAR, ARL: Colmena.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada y con destino a QUIEN INTERESE.

Para constancia de lo anterior se firma, a los Cuatro (04) días del Mes de Agosto (08) de Dos Mil Catorce (2014).

RICARDO SANTAMARIA HANKOJ.
GERENTE ADMINISTRATIVO.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SUSCRITA LIDER DE PROYECTO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DEL TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

C E R T I F I C A

Que la ex funcionaria **LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA** identificado con Cédula de Ciudadanía. No. **1.018.432.544 de Bogotá**, ocupó el cargo de PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (**Enfermero**) Código 217 Grado 02, desde el 04 de septiembre de 2012 hasta el 03 de septiembre de 2013 inclusive.

La presente se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá D.C, a los tres (03) días del mes de septiembre de 2013.

CARMIÑA QUIROGA BONILLA
Líder de Proyecto

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
RESOLUCIÓN Nº - 2 6 2

(0 3 SEP 2013

"Por la cual se da por terminado un nombramiento de periodo fijo el Hospital Pablo VI Bosa Empresa Social del Estado."

LA GERENTE DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

En el ejercicio de sus facultades legales y estatutarias, en especial las conferidas por los artículos 113 y 114 del Decreto 1950 de 1973, en armonía con el artículo 1º de la Ley 50 de 1981, y

CONSIDERAN DO:

Que **LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA,** cumplió el período como PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (Enfermero), cargo para el cual fue nombrado mediante Resolución No. 589 del 3 de Septiembre de 2012.

Que vencido el período contemplado en la ley para el cumplimiento del servicio social obligatorio se hace necesario dar por terminado el nombramiento efectuado para el efecto.

En mérito de lo expuesto,

RESUE LV E:

ARTICULO 1º. Dar por terminado el nombramiento de periodo fijo hecho a : **LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.018.432.544 de Bogotá, en el cargo de PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (Enfermero), Código 217, Grado 02 Subgerencia de Servicios Asistenciales, Gerencia Hospital Pablo VI Bosa Primer Nivel Empresa Social del Estado, con una asignación básica mensual de UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN PESOS ($ 1.793.581) por vencimiento del término legal para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio a partir del 3 de septiembre de 2.013, inclusive.

ARTICULO 2. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE, 0 3 SEP 2013

Dada en Bogotá a los

GLORIA LIBIA ROJANIA AGUILLON
Gerente

Elaboró: Carolina Castro
VoBo. Luis Fernando Rodriguez Velez
Carmiña Quiroga Bonilla
Esperanza Rey de Wagner
Alma Axira Ampudia Arriaga

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.018.432.544

TIBAQUIRA ESPINOSA

APELLIDOS

LEIDY DANIELA

NOMBRES

Daniela Tibaquira

FIRMA





INDICE DERECHO

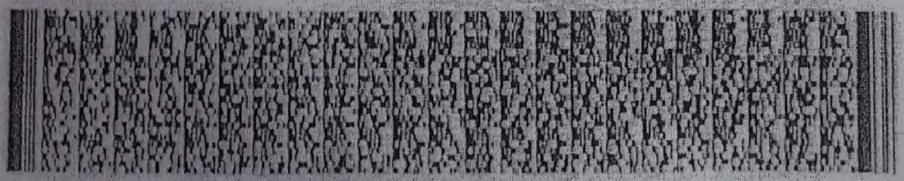
FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

05-FEB-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00072182-F-1018432544-20080917 0003409047A 1 25754475

Scanned by CamScanner

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 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14416273552

(415)7707212489984(8020) 000001441627355 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 8 4 3 2 5 4 4	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 1 8 4 3 2 5 4 4	2 0 0 8 0 2 0 5

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
TIBAQUIRA	ESPINOSA	LEIDY	DANIELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

41. Dirección principal: CR 5 9 30 AP 501 IN 7

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ledanti@yahoo.es		3 5 0 4 7 6 9 2 4 5	

CLASIFICACION

Actividad económica

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

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
	1	2																								

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 5 2 4

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TIBAQUIRA ESPINOSA LEIDY DANIELA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1018432544-5 LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA

Información General

Dirección KR 5 9 30 AP 501 IN 7

Teléfonos 3504769245

Dirección electrónica ledanti@yahoo.es

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2015

Soporte Inscripción 21869888

Fecha Inicio Actividades 02/08/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001985216

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES LEIDY DANIELA
APELLIDOS TIBAQUIRA ESPINOSA
C.C. 1.018.432.544 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUND. UNIV DEL AREA ANDINA
RUN No. 36918
Fecha de Expedición 22/NOVIEMBRE/2013

Crear4D.com

REGISTRADORA NACIONAL ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46 - 21 Piso 2°. Bogotá D.C.

No. 37206

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 36918 de NOVIEMBRE 22 DE 2013
Por la cual se expide el Registro Único Nacional Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 de la Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería.

CONSIDERANDO

A) Que, LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 1.018.432.544, expedida en BOGOTA, ha solicitado su Inscripción y Registro Único Nacional como Profesional de Enfermería, lo cual la (o) acredita para ejercer la Profesión de Enfermería en Colombia.

B) Que para este efecto presentó los siguientes documentos : Formulario de Solicitud; fotocopia del Diploma y Acta de Grado otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida por el Gobierno; fotocopia de la cédula de ciudadanía; recibo de pago de los derechos de expedición; fotocopia de la Resolución expedida por la respectiva Secretaría de Salud donde conste el cumplimiento o Exoneración del Servicio Social Obligatorio; fotocopia de la Resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación para los títulos expedidos en el exterior y 2 fotografías a color, tamaño 3 x 4 de fondo azul o verde.

C) La Unidad de Registro Único Nacional de Enfermería de la ANEC, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos en el literal B, los cuales son registrados en el Acta Número 552 del 22 de NOVIEMBRE de 2013.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer la calidad de Profesional de Enfermería a LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA, egresada(o) de la UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, el 13 del mes JULIO de 2012, para lo cual se expide el Registro y Tarjeta Profesional No. 36918, y en constancia se inscribe en el libro correspondiente.

Parágrafo: En el caso de presentar documentación no compatible con los datos aportados por las Facultades de Enfermería del país, esta información será reportada a la Entidad Educativa y a las Entidades de Control, para que tomen las medidas pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Expedida en la ciudad de Bogotá D.C., a los 22 días del mes de NOVIEMBRE de 2013.

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **13281** *de* **29/10/2013**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) TIBAQUIRA ESPINOSA LEIDY DANIELA identificado(a) con CC número 1018432544 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 13/07/2012, acta de grado No.586, Diploma No. 32707 y registrado en el libro 6 Folio 180 año 2012.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el(la)HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - localizada en Bogota D.C., durante el periodo comprendido entre 04/09/2012 y 03/09/2013.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;
Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a TIBAQUIRA ESPINOSA LEIDY DANIELA identificado(a) con CC número 1018432544 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 29/10/2013

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.
Aprobó : Isabel Cristina Arbunduaga
Revisó : Andrea Casas Vargas / Carmen Rosa Gallego
Elaboró : Victor Sánchez

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

LEIDY DANIELA
TIBAQUIRA ESPINOSA
C.C. 1018432544

ENFERMERO(A)

Expedicion 06/11/2013

Identificación Técnica S.A. 130017/1212

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 1018432544

Primer Nombre *: leidy

Primer Apellido *: tibaquira

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1018432544	LEIDY	DANIELA	TIBAQUIRA	ESPINOSA	Ver

Información Detallada [CC: 1018432544] LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Enfermería	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.018.432.544, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dos (2) días del mes de abril del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

ADULT DOSE 1 dose/dosis (1 ml)
rDNA hepatitis B vaccine/Vaccin recombinant contre l'hépatite B/Vacuna antihepatitis B ADNr
Inj./Inyec.: I.M. - Storage/Cons.: +2°C/+8°C
Do not freeze/Ne pas congeler/No congelar
GSK Biologicals s.a. Rixensart – Belgium
1 dos.
08-2015
07-2018
444680

Engerix™ -B

Colombia
onas de riesgo

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Jeidy Daniela
Apellidos:	Tibaquirá
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 1018432544
Fecha de Nacimiento:	Día 01 Mes 02 Año 1990

Scanned by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	27 MAY 2017	AHBVCSA	
	2	25 JUL 2017	AHBVCSA	
	3	26 MAR 2018	AHBVCSA	Verónica López
	R	CITA 26 Marzo 19		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Scanned by CamScanner

12:22 p. m.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Nro. 97338

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o Paraclínico(s) ocupacional(es), registrado en este documento. Conforme quedo registrado en la historia clínica Ocupacional. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o Paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. He sido informado de las medidas que tomara Medical Protection para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia del concepto medico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi ante este(os) examen(es) son completas y verídicas. Autorizo a Medical Protection Ltda. Para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en el documento, para que le buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.



INFORMACION DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa Cliente	Direccion de trabajo	Telefono
PARTICULAR		

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Nombres Apellidos	Documento de Identidad	Edad
LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA	1018432544	27
ENFERMERA PIC	PARTICULAR	
SE REALIZO EXAMEN DE: INGRESO,	Fecha de Realizacion: 30/05/2017 Hora Ingreso:12:22 Salida:12:35	

EXAMENES PRACTICADOS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL,

CONCEPTO OCUPACIONAL: LABORALMENTE APTO, , , ,

DESCRIPCION DE RESULTADOS:

Z021 H521

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS:

IMC = 22,31 NORMAL PGC = 27,58

CONCLUSION OCUPACIONAL

DE ACUERDO AL EXAMEN MEDICO REALIZADO A LA SRA. LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA, SE CONSIDERA: (C)

1 - SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA DE ORIGEN LABORAL A LA FECHA, Y/O DE ENFERMEDAD COMUN QUE SE PUEDA AGRAVAR CON EJERCICIO DE LA LABOR A DESEMPEÑAR

2 - PRESENTA PATOLOGIA(S) H521 DE ORIGEN COMUN QUE NO INTERFIERE(N) CON LA LABOR, PERO REQUIERE(N) EVALUACION POR MEDICO ESPECIALISTA EN SU EPS.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

1 - PRACTICAR Y CONSERVAR AUTOCUIDADOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

2 - REALIZAR EJERCICIO REGULAR Y CONTROLADO, 3 VECES A LA SEMANA EN SESIONES DE MEDIA HORA/DIA, ACORDE CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD.

3 - EVITAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE AZUCAR, HARINAS O GRASAS.

4 - CONTROL MEDICO INTEGRAL EN PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SU EPS.

5 - USO REGULAR DE FOTOPROTECCION DE PIEL Y OJOS.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

LEGALES:

1 - CONOCER Y CUMPLIR PROGRAMAS SISOMA DE LA EMPRESA.

ERGONOMICAS:

1 - PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS EN SU PUESTO DE TRABAJO SEGÚN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

2 - EVITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE MIEMBROS SUPERIORES ASOCIADAS A FUERZA, EN POSICIONES ANTIGRVITACIONALES Y/O ANTIERGONOMICAS.

FONO-AUDITIVAS:

1 - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL (EVITAR EXPOSICION A RUIDO DE DISCOTECA, MOTO, EXPLOSIONES, CELULAR, ETC.)

2 - VALORACION AUDITIVA EN 1 AÑO

VISUALES:

1 - INGRESAR AL PVE RIESGO VISUAL + VALORACION OPTOMETRICA EN UN AÑO

2 - USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE EN JORNADA LABORAL PÁRA EVITAR LA ASTENOPIA(CANSANCIO VISUAL) QUE EVENTUALMENTE PUEDE GENERAR ACCIDENTALIDAD Y BAJO RENDIMIENTO LABORAL

OBSERVACIONES FINALES

1 - SE RECOMIENDA REALIZAR EXAMEN OCUPACIONAL ANUAL

Este documento continua en la siguiente pagina

85

Dra. Ornella C. Pamplona F.
Médico Especialista S.O.
R.M. 470235
Lic. S.O. 13221/16



OCSF	LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA DOC.IDENTIDAD NO. 1018432544	INDICE DERECHO	CODIGO SEG

MEDICAL PROTECTION LTDA. SALUD OCUPACIONAL	Bogotá - Colombia	Carrera 12 No. 71-19 4736119 - 7029284

audiometría medicina ocupacional
Medical Protection
Salud Ocupacional
laboratorio clínico terapia respiratoria

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

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

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

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

FECHA: 2018/03/28 CIUDAD: Bogota D.C DEPARTAMENTO: Bogota D.C

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Tibaquira	Espinosa	Leidy	Daniela

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	1018432544	Bogota	2008/02/05

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1990/02/01	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	1	1	3504769245

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

PROFESION / OFICIO: Enfermera

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 5 N 9-30	Mosquera	Cundinamarca	Colombia	N/A

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐
Ledantia@yahoo.es				

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rodriguez	Reyes	Jose	Samuel

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐	74339595	Tibana / Boyaca	2000/10/25

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐ HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐ PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA..... ☐ CUAL: ☐

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA						CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		Digitar el código del rut: 8602
			ICA	SI ☒	NO ☐		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒

Scanned by CamScanner

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [x]	SI [ ] NO [x]	Subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT
GOBIERNO [ ]	COMERCIAL [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]			900954051-7
EXPORTACIONES [ ]	AGRICOLA [ ]	ENERGETICA [ ]	FINANCIERA [ ]	TRANSPORTE [ ]	TECNOLOGIA [ ]	ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL:						

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CG 34 N 5 43	3444484	Bogota D.C	Bogota D.C	Colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
Enfermera	2017/07/15

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	0	GASTOS FAMILIARES	800.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	33.000.000
HONORARIOS	2'800.000	ARRIENDOS	0	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	1.100.000	PROPIEDADES	140.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	346.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2'800.000	TOTAL EGRESOS	2.246.000	TOTAL ACTIVOS	140.000.000	TOTAL PASIVOS	33.000.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	Seguridad social (Eps, Pension)		

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Castro	Perez	Maria	constanza
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 14 N 8-14	Madrid/cundinamarca	Colega	3167140294

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros	0084 00715960	Veinte de Julio	

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

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Digite su Ocupación: Enfermera

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

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

Scanned by CamScanner

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

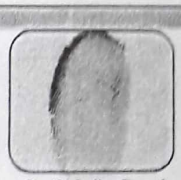
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Daniela Tibaquira

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1018432544
NOMBRES Y APELLIDOS	Tibaquira Espinosa,Leidy Daniela
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De Prestación
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	18/01/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Tibaquira Espinosa,Leidy Daniela, a los 25 días del mes de marzo del año 2018.

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



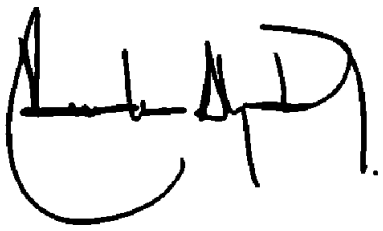
Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,018,432,544**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Marzo de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1018432544	Seguros bolivar
Numero de Documento	ARL

leidy	Daniela	Tibaquira	Espinosa
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

01-02-1990	Bogota D.C	KR 5 N 9-30	No Aplica
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Sanitas	Porvenir	$ 2'800.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera profesional	
Escriba su perfil tecnico o profesión	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Ledanti0@hoo.es	3504769245
Correo Electrónico	Celular

Daniela Tibaquira	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 107580498

WEB
09:42:49

Bogotá DC, 25 de marzo del 2018

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) LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1018432544:

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 domingo 25 de marzo de 2018, a las 09:46:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1018432544
Código de Verificación	101843254418032509463 8

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2159332

Bogotá D.C., 25 de Marzo de 2018 - 9:54 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DIECIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO** de BOGOTÁ,D.C.

1018432544

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.



ROSALBA JAZMIN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora de Jurídica (E)

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: 3_6KBF8_549
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:49:38 horas del 25/03/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1018432544**
Apellidos y Nombres: **TIBAQUIRA ESPINOSA LEIDY DANIELA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Portal Único de Contratación Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2017/05/27

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA** con **Cédula** número **1018432544** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número:	**008400715960**
Fecha apertura:	**2014/07/31**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA