



Aumentar el contraste



UTC -5 15:11:41

NAYU



Búsqueda

Mis procesos

Menú

l r a

[Escritorio](#) → **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Últimas modificaciones

Todos los usuarios

Activo

Selezione ▼

Búsqueda de usuarios

(Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre

Correo electrónico**Fecha de registro**

Acceso a la cuenta

Última actualización de estadística

ALBA
NAYIBE
AMAYA
ROMERO

nayibesubredcentrooriente@gmail.com

14/12/2017
11:01:57 AM ((UTC-
05:00) Bogotá, Lima,
Quito)

Aceptado

14/12/2017 11:53:59 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

OPCIONES

- Crear usuarios
- Aceptar acceso
- Rechazar acceso
- Cancelar acceso
- Revertir rechazo del acceso

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Usuarios activos
- Usuarios inactivos
- Accesos pendientes
- Accesos aceptados
- Accesos rechazados
- Usuarios bloqueados

HERRAMIEN1

Herramientas /



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Amaya</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Romero</u>	NOMBRES <u>Alba Nayibe</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1022369056</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>21</u> MES <u>06</u> AÑO <u>1991</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Cundinamarca</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Kr 51A 38B 22 Sur</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Cundinamarca</u> TELÉFONO <u>3232235234</u> EMAIL <u>nayibe.amaya@romero.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Técnico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>12</u> AÑO <u>2010</u>	

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN			No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO		
TC	1		X	Técnico en Sistemas	12	2010	18	
UN	6		X	Licenciatura en educación especial	12	2017		

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Subred integrada de servicios de salud Centro	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Cundinamarca	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 05 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Digitadora	DEPENDENCIA Espacio Vivienda	DIRECCIÓN Kv 12 D # 26 A 62 Sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Rafael Uribe Uribe	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá - Cundinamarca	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5966600 Ext 1101	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 09 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 07 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Digitadora	DEPENDENCIA PAI	DIRECCIÓN Kv 12 D 26 A 62 Sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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 DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

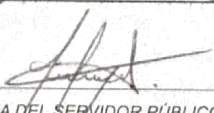
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	9

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 Bogotá - 26 de mayo 2018


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

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Alba Nubia Amaya Romero
IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 1022369056 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Becota
DIRECCIÓN: Km 51A 38B 22 Sur TELÉFONOS: 3232235234
MUNICIPIO: Becota DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Rosa Emma Romero</u>	<u>51762855</u>	<u>Madre</u>
<u>Luis Enrique Amaya</u>	<u>79357349</u>	<u>Padre</u>

DECLARÓ, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ 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	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	<u>9,520,000</u>
TOTAL	<u>9.520.000</u>

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
<u>Pavivenda</u>	<u>Ahorros</u>	<u>008400771443</u>	<u>20 de Julio</u>	<u>—</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Servicios Públicos		100.000

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 ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

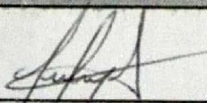
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

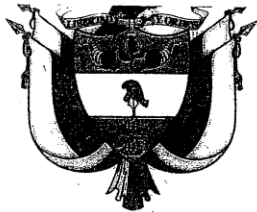
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes :

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA


 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

 Bogotá 26-Marzo-2018
 CIUDAD Y FECHA



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

Colegio Técnico Benjamín Herrera I.E.D.

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 5948 del 21 de Diciembre de 2006*

Confiere a:

Alba Nayibe Amaya Romero

Identificado (a) con C.C. No. 1022369056 de Bogotá

El Título de

Bachiller Técnico

Especialidad Diseño Arquitectónico

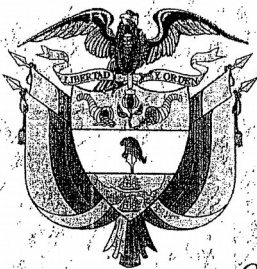
*Por haber aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Técnica, Artículo 28, Ley 115 de 1994,
según los planes y programas vigentes*

Luis Alejandro Romero Cepeda
Rector

Dora Cecilia Cadena
Secretaria

Anotado al Folio No. 40 del Libro general de Actas No.01 del año 2006 hasta....

Dado en Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre del año 2010



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO TÉCNICO BENJAMÍN HERRERA I.E.D.

Carretera 51A No. 26-38 sur - Teléfonos 2330179 - 7410670
Bogotá, D.C.

111001012963
CÓDIGO DAÑE

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre del año 2010 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as) de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica, en la Rectoría del COLEGIO TÉCNICO BENJAMÍN HERRERA I.E.D., Institución aprobada hasta Grado Once en el nivel de Educación Media Técnica y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Técnico, según Resolución de Reconocimiento de Educación Media Técnica N° 5948 del 21 de Diciembre de 2006.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar

EL TÍTULO DE
BACHILLER TÉCNICO,
Especialidad Diseño Arquitectónico

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Alba Nayibe Amaya Romero

Identificado (a) con C.C. N° 1022369056 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 035, Folio N° 40, de fecha 4 de Diciembre del año 2010, del Libro General de Actas No. 01, año 2006 hasta..., que consta de 213 alumnos (as) graduandos, que comienza con el nombre de Acosta Henao Leidy Johianna y se cierra con el nombre de Zamudio Bermúdez Luis Carlos.

Firmada por

LUIS ALEJANDRO ROMERO CEPEDA
DORA CECILIA CADENA

Rector y
Secretaria

Dada en Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre del año 2010

FIRMADA Y SELLADA

Rector

Secretaria Académica

Luis Alejandro Romero Cepeda
C.C. N° 19.097.154 de Bogotá

Dora Cecilia Cadena

Dora Cecilia Cadena
C.C. 35.407.070 de Zipaquirá



REGIONAL DISTRITO CAPITAL

**ELCENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA
INFORMACION**

HACE CONSTAR

Que ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO identificada(o) con Cedula de Ciudadanía No. 1022369056 se encuentra cursando el programa de TÉCNICO EN SISTEMAS el cual inició el 11 de DICIEMBRE de 2017 y finalizará el 14 de DICIEMBRE de 2018, en modalidad Presencial, con el siguiente horario, a través del Convenio N°DERIVADO No. 09 DEL MARCO 36 , celebrado con SDS - SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

DÍA	HORA INICIO	HORA FIN
LUNES	18:00	21:59
MARTES	18:00	21:59
MIERCOLES	18:00	21:59
JUEVES	18:00	21:59
VIERNES	18:00	21:59
SABADO	06:00	17:59

Se expide en BOGOTÁ a los 23 días del mes de MARZO de 2018

JAIME GARCIA DI MOTOLI
SUBDIRECTOR (A)

CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA



SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION CONTRACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACION FISICA

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con NIT. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No 26 A – 62 sur y No de Tel: 5966600, hoy fusionado en la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** suscribió en su momento el contrato con **ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO**, con C.C. No 1.022.369.056, cumpliendo con el objetivo del mismo y que a continuación se relaciona:

VIGENCIA	Nº OPS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR
2013	1237	04/09/2013	13/01/2015	17.536.000
2015	78	14/01/2015	31/01/2016	14.225.934
2016	356	11/02/2016	14/02/2016	152.035
2016	860	15/02/2016	31/07/2016	6.736.590

OBJETO DEL CONTRATO:

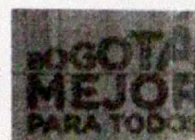
- PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA COMPONENTE PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

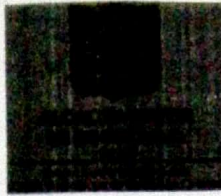
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Digitar la información suministrada por los equipos territoriales y de las diferentes intervenciones de salud pública.
2. Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC.
3. Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaria Distrital de Salud.

Diagonal 34 No 5 - 43
Código Postal: 110311
Telefono: 3444484
Info: Línea 3649666

Estamos en periodo de transición





4. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula octava de la presente orden de prestación de servicios.

5. Informar por escrito con una antelación no inferior a 8 días hábiles al supervisor del contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato.

Se expide la presente certificación a solicitud de **ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO**, de contrato, en Bogotá D.C a los Dieciséis (16) días, del mes de agosto de 2016.

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la carrera 12D No 26 A -62 sur, oficina OPS.

Cordialmente,

Luz Elena Garzon Bejarano

LUZ ELENA GARZON BEJARANO

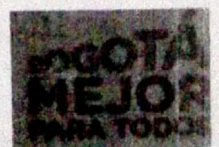
Tecnóloga administrativa III- OPS

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó: Massiel Magali Neira González –Profesional universitario I- Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe
Elaboró: Claudia Jiménez – Auxiliar Administrativo II – Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

Diagonal 34 No 5 - 43
Código Postal: 110311
Teléfono: 3444484
Info: Línea 3649666

Estamos en período de transición



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.369.056
AMAYA ROMERO

APELLIDOS
ALBA NAYIBE

NOMBRES


FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

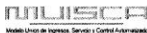
1.63 A+ F
ESTATURA G S RH SEXO

23-JUN-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00350156 F-1022369056-20111214 0028676734A 1 37534282

	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		001
2. Concepto: 0 2 Actualización <small>Espacio reservado para la DIAN</small>		4. Número de formulario: 14322105761	
		 <small>(415)7707212489984(8020) 000001432210576 1</small>	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 2 3 6 9 0 5 6 - 8		6. DV: 8 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá	
		14. Buzón electrónico: 3 2	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía	
26. Número de identificación: 1 0 2 2 3 6 9 0 5 6		27. Fecha expedición: 2 0 0 9 0 6 2 3	
28. País: COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C.	
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		31. Otros nombres: NAYIBE	
32. Segundo apellido: ROMERO		33. Primer nombre: ALBA	
34. Razón social:		35. Nombre comercial:	
36. Sigla:		37. Sigla:	
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		41. Dirección principal: CR 51 A 38 B SUR 22 BRR MUZU OSPINA PEREZ	
42. Correo electrónico: nayibe.amaya.romeo@gmail.com		43. Apartado aéreo:	
44. Teléfono 1:		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
46. Código: 8 2 9 9		47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 3 0 9 0 2	
48. Código: 49. Fecha inicio actividad:		50. Código: 1 2	
51. Código: 9 2 2 1		52. Número establecimientos:	
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código:			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18			
12- Ventas régimen simplificado			
Usuarios aduaneros		Exportadores	
54. Código:		55. Forma: 56. Tipo:	
57. Modo:		58. CPC:	
Para uso exclusivo de la DIAN			
59. Anexos: SI ☒ NO ☐		60. No. de folios: 1	
61. Fecha: 2 0 1 4 1 2 0 9		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:	
984. Nombre: DIMAS RINCON MARIA ISABEL 985. Cargo: Gestor I		Firma del solicitante:	



**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 09-12-2014
Hora: 12:09:00 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1022369056-8 ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO

Información

Dirección KR 51A 38B SUR 22
Teléfonos 7959692-3123274970
Dirección electrónica nayibe.amaya.romeo@gmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 23/07/2013
Soporte Inscripción 15576389
Fecha Inicio Actividades 01/03/2012
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO
Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -
Fecha Inicio Financiera:



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

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

Fuente ICA TE TOCA

EL DIVINO NIÑO JESUS



Unidad Médica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 24 / 4 / 2017

EXAMEN
☒ Preocupacional o Ingreso
☐ Pos-ocupacional o Egreso
☐ Periódico

NOMBRES: ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO

C.C. 1.022.369.056

EDAD: 25 SEXO ☒ M ☐ F

EMPRESA: SUB RED CENTRO ORIENTE

CARGO: DIGITADORA

Tel.: 3232235234 Cel.: 3232235234

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Valoración Médica Laboral	NORMAL	ANORMAL	Respiratorio	NORMAL	ANORMAL
Espirometría	OK		OK		
Audiometría			OK		
Visiometría			OK		
Optometría			Reducción ponderal		
Electrocardiograma			Prueba de Equilibrio		
Psicología Laboral			Vacunas		
Radiología			Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático IVG	NORMAL	ANORMAL	Parcial de Orina	NORMAL	ANORMAL	KOH - Uñas	NORMAL	ANORMAL
Glicemia			RH - Grupo Sanguíneo			Frotis Faríngeo		
Colesterol			Varios			Coprológico		
Triglicéridos								
Serología								

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) ☒ Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

Apto para el cargo sin restricciones ☒ SI ☐ NO ☐ Aplazado ☐ SI ☐ NO ☐
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo ☐ SI ☐ NO ☐ No apto para este cargo ☐ SI ☐ NO ☐
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel ☐ SI ☐ NO ☐

Examen PERIODICO satisfactorio ☐ SI ☒ NO ☐ Examen de EGRESO satisfactorio ☐ SI ☒ NO ☐

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	☒	7. Uso de Doble Protección Auditiva	☐	13. Evitar Posturas Prolongadas	☐
2. Pausas Activas	☒	8. Control Optométrico Periódico	☐	14. Uso de Medias de Compresión Graduado	☐
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	☒	9. Uso de Lentes permanentes	☐	15. Valoración y Manejo en IPS	☐
4. Uso de Elementos de Protección Personal	☒	10. Uso de Lentes Visión de Cerca	☐	16. Dieta - Ejercicio Físico	☐
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral	☐	11. Control de Tensión Arterial	☐	17. Control Espirimetría	☐
6. Control Audiométrico	☐	12. Estilos de Vida Saludable	☐		☐

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud Ocupacional de UMED LTDA, tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y apoyo de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y de este modo doy mi libre consentimiento.

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS
EL DIVINO NIÑO JESUS
Dr. Camilo Velásquez Velasco
Médico Laboral
R.M. 4687
Res. 6970 de 03/08/2009
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

C.C. No. 1022369056

Huella I.D.

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937

umedltda@gmail.com - info@umedips.com
www.umedips.com

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 2018-03-26 CIUDAD: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.
Disculpe Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitiremos adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el numeral 3.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2018, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Salud Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA ☒ MIEMBRO PÚBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Amaya SEGUNDO APELLIDO: Romero PRIMER NOMBRE: Alba SEGUNDO NOMBRE: Navibe
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: No IDENTIFICACIÓN: 1022369056 LOGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 2009-06-23
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 1991-06-20 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá PAÍS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: NÚMERO DE HIJOS: TELEFONO CELULAR: 323235234
PROFESIÓN / OFICIO: Digitador

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

NO COMPLETADO ☐ PRIMARIO ☐ SECUNDARIO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TERCER GRADO ☒ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PROFESOR ☐ TECNICO ☐ CUAL:

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Kms 51 A 388 22 Sur CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. PAÍS RESIDENCIA: Colombia
CORREO ELECTRÓNICO: navibe.amaya@protonmail.com PORTAL O PÁGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELEFONO/FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NÚMERO IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD):
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRO ☐
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☐ NO ☒ SI ☐ NO ☒
RECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ SI ☐ NO ☒
AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒
CÓDIGOS CITE ACTIVIDAD ECONOMICA: 8299 PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA ☐

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de servicios de salud Centro Oriente			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	SECTORES ☐	IND ☒	# NIT 900.959.051-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL: ☒				
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS	
D9 34 # 5-43	344 44 84	Bogotá D.C	Bogotá D.C	Colombia	
CARGO ACTUAL		Digitador	FECHA VINCULACION	2017-03-02	

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		GASTOS FAMILIARES	600,000	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECARIA	\$ 0
PENSIONALINOS	\$ 1'200.000	ARRENDOS		\$ INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		\$ VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		\$ PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		\$ OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 1'200.000	TOTAL EGRESOS	600,000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Acero	Rincon	Wilman	Hernan
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Dauwenda	Bogotá D.C.	Amigo	3202518674

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Dauwenda	Cuenta de Ahorros	008400771443	20 de Julio	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					CUAL:
IMPORT ☐	EXPORT ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐

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 entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

DIGITADOR

- 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)
- 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.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- 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 mí 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.
- 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.

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 despendables de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratista 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RIA Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

IX. 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 además las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procede a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con NIT 909.859.851-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 48 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 prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré mis datos para todas las fines precontractuales y contractuales que comprenda las actividades de prestación de servicios de salud.
 - B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
- I. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deador, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estadísticas, encuestas, entrevistas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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), e a las normas que lo modifiquen y a las regulaciones 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 dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, integrados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de para efectos de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fuscolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración 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 harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las normas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: 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 c) 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 1 - 41 Bogotá DC, teléfono 344 44 44 a e-mail: aria@subredcentroorientegov.coj) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.coj) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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:		



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.022.369.056 , se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO NIT , en calidad de INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170501	No Registrada	683

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Marzo de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. ESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
9370963

CER-AFI

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AMAYA ROMERO ALBA NAYIBE** identificado(a) con **CC** número **1.022.369.056** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de diciembre de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de marzo de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018032319434

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1022369056

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

ALBA

Primer Nombre

NAYIBE

Segundo Nombre

AMAYA

Primer Apellido

ROMERO

Segundo Apellido

20/06/1991

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

KR 51A 38A 22 SUR

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

PROTECCION

AFP - Pensiones

\$ 1.200.000

Honorarios

Digitador

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

nayibe.amaya.romero@gmail.com

Correo Electrónico

3232235234

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 107561864



WEB

19:46:51

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 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) ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022369056:

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.

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 viernes 23 de marzo de 2018, a las 19:49:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022369056
Código de Verificación	1022369056180323194900

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





Bogotá D.C., 23 de Marzo de 2018 - 19:57 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTIDOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y SEIS** de BOGOTÁ, D.C.

1022369056

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 figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **3_7HRN8_5719**

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 19:54:00 horas del 23/03/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1022369056**

Apellidos y Nombres: **AMAYA ROMERO ALBA NAYIBE**

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.



Camera 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



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

23/03/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022369056**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550008400771443
Fecha de apertura	08/06/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA