Bogotá D.C.

Doctora.
VICTORIA EUGENIA MARTÍNEZ PUELLO
Gerente.
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos7560505
Ciudad.

REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA

Nombre: Leyla Jacoba Moreno López
Cargo: Auxiliar de enfermería

Respetada Doctora Victoria Eugenia Martínez Puello reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que me sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente.

CC: 51.880.636

Dirección: Calle 68a bis Nº-49a23Sur
E-mail: leylamoreno356@gmail.com
Tel.: 3185661667 / **Celular :** 3185661667

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 24 diciembre 2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MORENO	LOPEZ	LEYLA JACOBA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51880636	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES OCT AÑO 1967

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 68A BIS No 49 A 23 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3185661667

EMAIL leylamoreno35@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO*	BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*				
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1986	
										X					

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		Técnico en auxiliar de enfermería	12	2000	51880636

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 24 diciembre 2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED OCCIDENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505	DIA 18 MES 10 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de enfermeria	Asistencial	CALLE 9 No 39 46

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOME SALUD		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6350935	DIA 18 MES 10 AÑO 2017	DIA 24 MES 7 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de Enfermeria	Domiciliaria	CALLE 89 No 21 -30

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ACCIÓN S.A		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6280180	DIA 25 MES 1 AÑO 2016	DIA 17 MES 1 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de enfermeria	Domiciliaria	CRA 19 No 84-50

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 24 diciembre 2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FAMILY HOME CARE		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3103278789 EXT1035	DIA 1 MES 9 AÑO 2015	DIA 30 MES 11 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de Enfermeria	Domiciliaria	CRA 47 No 93 - 42

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
PTA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7569840	DIA 26 MES 8 AÑO 2014	DIA 26 MES 8 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de Enfermeria	Domiciliaria	CALLE 72A NO 20A 57

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	1	2
PRIVADO	3	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogota, Diciembre 24/2019

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1967

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

09-DIC-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500106-45151450-F-0051880636-20061013 04884 06286A 02 215000822

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.880.636

MORENO LOPEZ
APELLIDOS

LEYLA JACOBA
NOMBRES

FIRMA



La República de Colombia

La Secretaría de Educación Distrital

Y en su nombre el

Colegio Arteaga Muñoz

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., Según Resolución No. 7447 del 18 de Noviembre de 1998 y según Resolución 5688 del 12 de Diciembre de 2006, Autorizado para expedir Diplomas, Actas de Grado y Certificados del Colegio Nocturno Los Heroes Granadinos

Duplicado - Decreto 180 de 1981

Confiere a:

Leyla Jacoba Moreno López.

c.c. 51.880.636 de Bogotá

El Titulo de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Fecha de Grado: Nov. 30 de 1986



Luis H. Arteaga Montilla
C.C. No. 19.305.065 de Bogotá
Rector

María De Los Angeles De Arteaga
C.C. No. 41.750.646 de Bogotá
Secretaria

Registro Interno

Acta No. 3 Folio No. 5.128

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994.

Dado en Bogotá, D.C., a 30 de Noviembre de 1986

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO ARTEAGA MUÑOZ

JORNADA DIURNA

En la Ciudad de Bogotá, D.C.,a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de1986, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria del COLEGIO ARTEGA MUÑOZ. Institución aprobada en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el Título de BACHILLER según Resolución No. 7447 del 18 de Noviembre de 1998 y Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO

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

LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ

C.C. 51.880.336 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 3 del 30 de Noviembre de 1986, que consta de 96 alumnos; comienza con el nombre de Acevedo Rincon Ricardo y cierra con el nombre de Zuluaga López Oscar Mauricio. Firmada por **LUIS H ARTEAGA MONTILLA**(Rector) y **MARIA DE LOS ANGELES DE ARTEAGA**(Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C. a los Treinta días (30) del mes de Noviembre de 1.986.

LUIS H ARTEAGA MONTILLA
C.C. 19.305.065 de Bogotá
RECTOR

MARIA DE LOS ANGELES DE ARTEAGA
C.C.41.750.646 de Bogotá
SECRETARIA

La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto de Capacitación Técnico Laboral
Santafé de Bogotá

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 803 del 15 de Marzo de 2000
Acuerdo Ejecutivo No. 35 del 28 de Septiembre de 1999 del Ministerio de Salud
Educación No Formal

Teniendo en cuenta que:

Leyla Jacoba Moreno López

Identificado (a) con ...C.C.. No .....51.990.636..... de .....Bogotá.....

Curso y Aprobó los estudios teórico prácticos en salud, correspondientes a las áreas: Básicas, Médicas Quirúrgica y Materno Infantil, con una duración total de 1.835 Horas, otorga el presente Certificado, que le acredita como

Técnico en
Auxiliar de Enfermería

INSTITUTO DE CAPACITACION TECNICO LABORAL SANTAFE DE BOGOTA DIRECCION

Dirección General

INSTITUTO DE CAPACITACION TECNICO LABORAL SANTAFE DE BOGOTA DIRECCION

Dirección Académica

Anotado al Folio 3 del Libro de Registro No. 1

Dado en Bogotá, D.C. a 22 de Diciembre de 2000

Fise

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bogotá a los veintidós (22) días del mes de diciembre de 2000, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último ciclo, los suscritos Director (a) General y Director Académico, en la dirección del Instituto aprobado según acuerdo Ejecutivo No. 35 de septiembre 28 de 1999 del Ministerio de Salud y por la Secretaría de Educación de Santa Fe de Bogotá Distrito Capital con la resolución No. 803 de marzo 15 de 2000, en el nivel ***Técnico Laboral***, para otorgar el certificado que le acredita como ***Técnico en Auxiliar de Enfermería.***

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Técnico Laboral se procedió a otorgar el certificado de ***Técnico en Auxiliar de Enfermería*** al graduando, cuyos nombres, apellidos y números de documentos de identidad se relacionan a continuación:

Nombre: ***MORENO LOPEZ LEYLA JACOBA.*** Cédula de ciudadanía No. 51'880.636 de Bogotá, Es fiel copia tomada del Acta original General No. 002 de fecha diciembre 22 de 2000 que consta de DIEZ (10) alumnos graduados, comienza con el nombre de ***CUEVAS TOCANCIPA GLORIA CONSUELO*** y cierra con el nombre de ***VINASCO REYES SANDRA PATRICIA.***

Firmado y sellado por YOLANDA DELGADO GIRALDO (Director (a) General) y EDGAR CORDOBA MECIAS (Director Académico).

Dada en Bogotá D.C. a los veintidós (22) días del mes de agosto de 2000.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Art. 7° del decreto 180 de 1981.

No requiere ser registrado en la Secretaria de Educación según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994.

Director (a) General
C.C. No. 41.621.311 de Bogotá

Director Académico
C.C. No. 77.016.656 de Valledupar

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



LEYLA JACOBA

MORENO LOPEZ

C.C. o C.E. 51880636

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA AUTORIZADA

Expedicion 20/06/2006

ESTE DOCUMENTO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

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 *

51880636

Primer Nombre *

LEYLA

Primer Apellido *

MORENO

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2019-01-04→8:22:01 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	51880636	LEYLA	JACOBA	MORENO	LOPEZ	Ver

Información Detallada [CC: 51880636] LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ

2019-01-04→8:22:01 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2006/6/07	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ
C.C. 51.880.636

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TALLER DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS.

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 459 DE 2012 Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

OTORGADO EN BOGOTÁ EL DIA 28 DE JUNIO DE 2018
VÁLIDO POR 2 (DOS) AÑOS

Daniel Moreno
C.C. 1.032.479.316
Enfermería

DANIEL MORENO SUESCUN
COORDINADOR

Juan Camilo Salas Castro
Psicólogo
CC 1.020.723.367
R.P. 123853

CAMILO SALAS CASTRO
PSICOLOGO

SEDE PRINCIPAL calle 35 sur No 69 b-39
Barrio Carvajal- Bogotá DC
Cel. 3057639865 Tel: 7009959
Email scesbogota@hotmail.com

AUXILIAR ENFERMERÍA

C.E.No. A0828

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCION DE CAPACITACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ
C.C. 51.880.636

ASISTIO Y APROBO EL CURSO TALLER DE TOMA DE MUESTRAS Y LABORATORIO CLINICO CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS TEORICO PRÁCTICAS.

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCION 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

OTORGADO EN BOGOTA EL DIA 27 DE JUNIO DE 2018
VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS

SOCIEDAD COLOMBIANA
DE EMERGENCIAS EN SALUD
NIT: 1032479316-6

DANIEL MORENO
INSTRUCTOR

SEDE PRINCIPAL calle 35 sur 69 b – 39
Barrio Carvajal - Bogotá DC
Cel. 3057639865-3174892472-7009959
Email scesbogota@hotmail.com

AUXILIAR ENFERMERÍA

C.E.No. A0828

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ
C.C. 51.880.636

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TALLER DE SOPORTE VITAL BÁSICO CON UNA INTENSIDAD DE 20 (VEINTE) HORAS TEÓRICO PRÁCTICAS

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

OTORGÁDO EN BOGOTÁ EL DIA 26 DE JUNIO DE 2018
VÁLIDO POR 2 (DOS) AÑOS

SOCIEDAD COLOMBIANA
DE EMERGENCIAS EN SALUD
NIT. 1032479316-6

DANIEL MORENO
INSTRUCTOR

SEDE PRINCIPAL calle 35 sur No 69 b – 39
Barrio Carvajal Bogotá DC
Cel. 3057639865-3174892472-7009959
Email scesbogota@hotmail.com

AUXILIAR ENFERMERIA

C.E.No. A0828

Desde 1985

PTA

PERSONAL TEMPORAL & ASESORIAS

Bogotá, Agosto 29 de 2015

A QUIEN PUEDA INTERESAR

PTA sas identificada con NIT **860527350-6** certifica que la Señora **LEYLA LACOBA MORENO LOPEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 51.880.636 Laboró por medio de un contrato de obra o labor desde el día 26 de Agosto de 2014 hasta el día 26 de Agosto 2015 desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** la empresa usuaria **FAMILY HOME CARE,** con una asignación mensual de $ 644.350

Motivo de terminación del contrato por obra o labor es la finalización de la obra o labor por parte de la empresa Usuaria.

Se expide la presente solicitud a solicitud del interesado

Atentamente,

LUZ MARINA ACERO D
Coordinadora de Servicio al Cliente
PTA SAS
TELEFONOS 756 98 40 EXT 106

FAMILY
HOME CARE
Salud y Confianza a su alcance

EL PROCESO DE TALENTO HUMANO DE FAMILY HOME CARE S.A.S

CERTIFICA:

Que el (a) señor (a) **MORENO LOPEZ LEYLA JACOBA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. **51880636,** laboro en la compañía con un contrato a término fijo desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el 01 de Septiembre de 2015 hasta el 30 de Noviembre de 2015.

Este certificado se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá (Cundinamarca), a 15 de diciembre de 2015 .

Cordialmente

ROSARIO DEL PILAR ARENAS PUERTA
Subgerente de Talento Humano
FAMILY HOME CARE S.A.S
900.291.039-9
Teléfono: 310-3278789. Ext 1035

Elaboró: Carolina Torres

ACCIÓN S.A.

LA SOCIEDAD ACCION S.A.

Se permite certificar que

La señora Leyla Jacoba Moreno Lopez, identificada con CC No. 51.880.636 estuvo vinculado(a) con la empresa ACCION S.A., desde el 25 de Enero del 2016 hasta el 17 de Enero del 2017 mediante contrato de trabajo por duración de obra o labor determinada, cuya última labor desempeñada fue la de Auxiliar Enfermeria Iii, y el último salario mensual fijo devengado por valor de $725,651.00, cumpliendo una jornada laboral de 48 horas a la semana. . El contrato laboral terminó por renuncia voluntaria.

Para constancia de lo anterior, se firma en Bogotá D.C., a los 17 días del mes de Enero de 2017

Jose Manuel Vecino Pico
Gerente Corporativa De Gestion Humana
91.420.242 de Barrancabermeja

Home Salud
Asistencia Médica Integral Domiciliaria

G-GHCR-629-18

A QUIEN INTERESE

LA DIRECCION DE GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que la señora MORENO LOPEZ LEYLA JACOBA identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.880.636 de Bogotá, sostuvo un contrato civil por prestación de servicios técnico de carácter independiente como AUXILIAR DE ENFERMERIA DOMICILIARIO , de acuerdo a la disponibilidad del contratista, desde el 18 de Octubre de 2017 hasta el día 24 de Julio de 2018.

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, a los 03 días del mes de Agosto de 2018.

Atentamente,

GESTION HUMANA
HOME SALUD SAS
NIT 830.063.394-8

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 28 de noviembre de 2019, a las 13:51:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51880636
Código de Verificación	518806361911281351 18

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 137473468

WEB
13:53:17

Bogotá DC, 28 de noviembre del 2019

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) LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51880636:

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 GONZALEZ
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.

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 3215367

Bogotá D.C., 28 de Noviembre de 2019 - 13:54 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS**

51880636

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.

JUAN RAMON JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_XKVZ7_5413
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:49:57 horas del 28/11/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **51880636**

Apellidos y Nombres: **MORENO LOPEZ LEYLA JACOBA**

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.





Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. 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. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Modified by Héctor Quintero

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.


Policía Nacional de Colombia
La Policía Nacional de Colombia hace constar
Que el número de identificación No. 51880636 de del señor(a) LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ consultado en la fecha y hora 28/11/2019 01:55:51 p. m., no se encuentra vinculado en el sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia como infractor de la Ley 1801 de 2016 Código Nacional de Policía y Convivencia. Registro Interno de Validación No. 9321283
Aceptar
Consulta Ciudadano
Nuevo
5159000

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 14496296175

(415)7707212489984(8020) 000001449629617 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5188063 6	4	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	5 1 8 8 0 6 3 6	1 9 8 5 1 2 0 9

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
MORENO	LOPEZ	LEYLA	JACOBA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CL 68 A BIS SUR 49 A 23

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
leylamoreno35@gmail.com		4795045	3185661667

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
8621	2003 02 03	4921	2013 11 04			5132	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

20- Obtención NIT

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: 2019 01 10

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 MORENO LOPEZ LEYLA JACOBA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 51880636-4 LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ

Información General

Dirección CL 68 A BIS SUR 49 A 23

Teléfonos 4795045 - 3185661667

Dirección electrónica LEYLAMORENO35@GMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 13/01/2016

Soporte Inscripción 15787895

Fecha Inicio Actividades 03/02/2003

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 4921-TRANSPORTE DE PASAJEROS

Actividad 2: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U 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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18003077744

Fuente ICA TE TOCA

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 17-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 51880636 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CALLE 68A BIS No 49 A 23 SUR **Teléfonos** 3185661667 4830482

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
PAULA LOPEZ VEGA	41388982	MADRE
YADIRA JANETH MORENO LOPEZ	52094893	HERMANO(A)
MARCO ALEXANDER MORENO LOPEZ	79670275	HERMANO(A)
WILLIAM FLAMINIO MORENO LOPEZ	79771984	HERMANO(A)
WILSON RAFAEL MORENO LOPEZ	1024477481	HERMANO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 14.570.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 14.570.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTÁ	AHORROS	025134941	VENECIA	$ 338.894,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DE BOGOTÁ	TARJETA DE CREDITO	$ 2.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ⊗ **NO** ○ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
MARCO TULIO SOLER MORENO	C.C ⊗ C.E ○ T.I. ○	79251058

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LEYLA JACOBA MORENO identificado(a) con cedula ciudadania 51880636 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20191007	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 27 días del mes de Noviembre de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

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 ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
12510076

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **51880636,** se encuentra afiliado (a) desde **11/12/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de enero de 2019.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 04 de enero de 2019

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

CERTIFICA:

Que LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 51880636 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 19/10/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

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

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C518806361900474617

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 04/01/2019 8.43 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, D.C.,

PARA: VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO- Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E- Contratante

DE: LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ
Contratista de prestación de servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo LEYLA JACOBA MORENO LOPEZ identificado (a) con la C.C. No. 51.880.636 de BOGOTA, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

PRIMERO: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

SEGUNDO: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales:

TIPO DE FORMACION (FORMAL O INFORMAL)	TITULO O CERTIFICACION OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICION (DIA, MES, AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DIA, MES, AÑO)
FORMAL	BACHILLER TECNICO	30/11/1986	COLEGIO ARTEAGA MUÑOS	NO APLICA
FORMAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	22/12/2000	ICTL SANTA FE DE BOGOTA	NO APLICA
INFORMAL	ATENCION DE VICTIMAS DE VIOLENCIA	28/06/2018	SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD	28/06/2020
INFORMAL	SOPORTE VITAL BASICO	26/06/2018	SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD	26/06/2020
INFORMAL	TOMAS DE MUESTRAS	27/06/2018	SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD	27/06/2020
INFORMAL	MANEJO DE MEDICAMENTOS	25/11/2019	CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO	25/11/2019

TERCERO: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.

FIRMA _____
C.C. NO. _____
TELEFONO _____
DIRECCION _____ BARRIO _____
E-MAIL _____