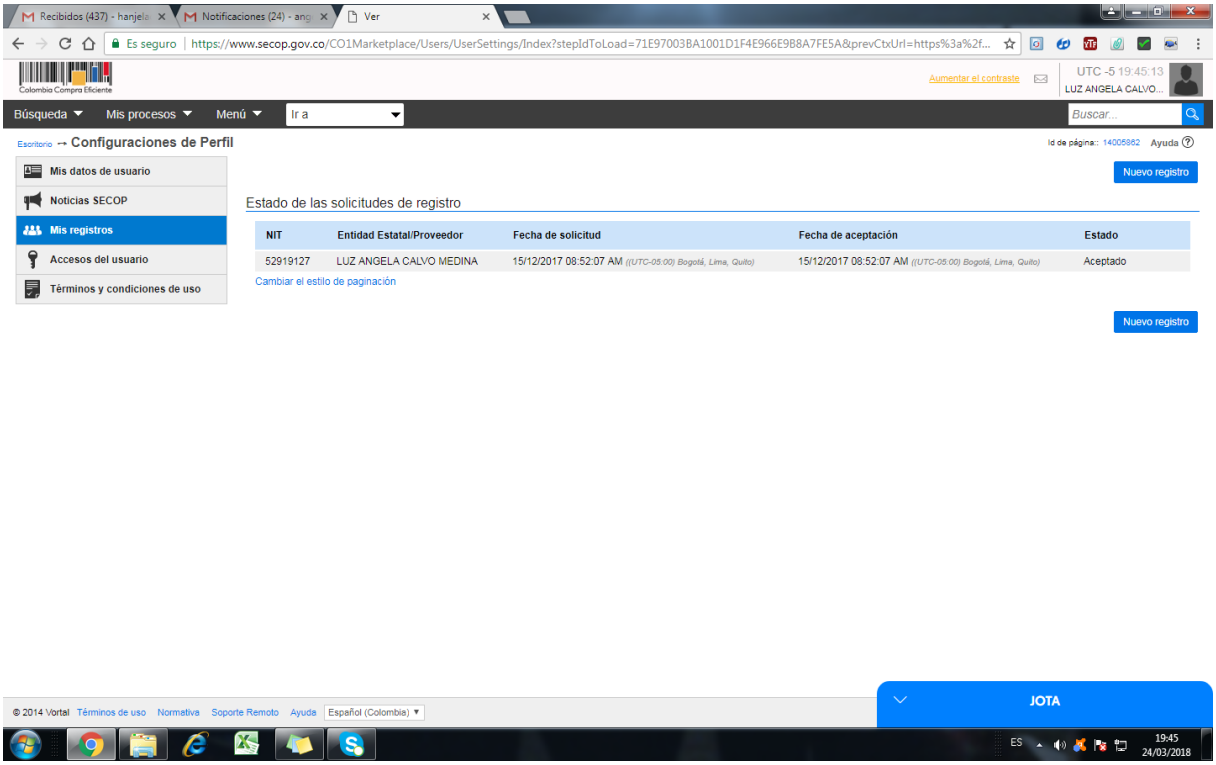

Recibidos (437) - hanjela
Notificaciones (24) - ang
Ver
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=71E97003BA1001D1F4E966E9B8A7FE5A&prevCtxUrl=https%3a%2f...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 19:45:13
LUZ ANGELA CALVO...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Id de página: 14005862
Ayuda
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Nuevo registro
Estado de las solicitudes de registro
NIT
Entidad Estatal/Proveedor
Fecha de solicitud
Fecha de aceptación
Estado
52919127
LUZ ANGELA CALVO MEDINA
15/12/2017 08:52:07 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
15/12/2017 08:52:07 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
Cambiar el estilo de paginación
Nuevo registro
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
ES
19:45
24/03/2018

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CALVO	MEDINA	LUZ ANGELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52.919.127

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 08 MES 12 AÑO 1985

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 136 A N 137-61

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

TELÉFONO 3194976224 EMAIL hanjelac@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER COMERCIAL
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11	MES 12 AÑO 2001

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICA	12	2007	
ES	3	X		EPIDEMIOLOGIA GENERAL	03	2014	

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

IDIOMA	LO HABLA RB	LO HABLA MB	LO LEE RB	LO LEE MB	LO ESCRIBE RB	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE SAN CRISTOBAL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA	www.esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2091480	DÍA 01 MES 07 AÑO 2014	DÍA 30 MES 03 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIOLOGA	PIC – MEDIO AMBIENTE	Calle 22 sur N. 8A-58

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE SAN CRISTOBAL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA	WWW.SANCRITOBAL.GOV.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
201480	DÍA 01 MES 10 AÑO 2013	DÍA 30 MES 08 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
BACTERIOLOGA	PIC- MEDIO AMBIENTE	CALLE 20 SUR N 8 A 58

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE SAN CRISTOBAL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA	WWW.SANCRITOBAL.GOV.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
201480	DÍA 12 MES 05 AÑO 2009	DÍA 15 MES 09 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
BACTERIOLOGA	LABORATORIO CLINICO	CALLE 20 SUR 8 A 58

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

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	7	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL, TIEMPO EXPERIENCIA	7	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) 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).

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO. luz Angela Calvo Medina.

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 52 919 124 Bta CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá

DIRECCIÓN KR 136 A 139 61 TELÉFONOS 3194996224

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Cundinamarca PAÍS Colombia.

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Maria C Medina Hernandez	41904045	Madre
Gerardo Calvo Rodriguez	79048762.	Padre.
Harold Calvo Medina.	1094918940	Hermano

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	42.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	42.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORRO	008480311284	20 de Julio	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
CASA	KR 145 B 132 48	109.000.000.

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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 C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	N°

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 26/03/2018
CIUDAD Y FECHA

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE

LUZ ANGELA CALVO MEDINA

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 51.919.127 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C.

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA GENERAL

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 06 DE MARZO DE 2014

RECTOR

DIRECTOR DE POSTGRADOS

PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

Resolución 824 de marzo 12 de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional
Acuerdo 002 de octubre 15 de 2003 expedido por el Consejo Superior Universitario

En atención a que:

Luz Angela Calvo Medina

C.C. No. 52.919.127 de Bogotá D.C.

Ha cumplido los requisitos y disposiciones legales, para optar al Título de

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 19 de febrero del año 2014, según consta en el Acta No. 1032 y Acuerdo No. 12124 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

LUZ ANGELA CALVO MEDINA
C.C. 52.919.127 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA GENERAL

En ceremonia solemne del día 06 de marzo del año 2014, se le hace entrega del diploma No.10360, el cual aparece registrado con el No. 10549, al folio 610 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2014.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los seis (06) días del mes de marzo del año dos mil catorce (2014).

CARLOS FELIPE ESCOBAR ROA
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

ACTA DE GRADO No. 182

En Bogotá, D.C., República de Colombia, el catorce (14) de diciembre de dos mil siete (2007), se reunieron en el TEATRO ASTOR PLAZA: el Rector, doctor MIGUEL AUGUSTO GARCÍA BUSTAMANTE; la Decana de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD, doctora ALICIA ÁLVAREZ DE WELDEFORT y la Secretaria General de la Universidad, doctora CARMEN ELIANA CARO NOCUA, con el fin de presidir la Ceremonia de Grado de:

LUZ ÁNGELA CALVO MEDINA
C.C.52919127 de Bogotá D.C.

Quien terminó sus estudios, cumplió los requisitos de Ley y los Reglamentos de la Universidad, para obtener el título de **BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO**

Resolución 828 de marzo 13 de 1996, del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdo 022 de octubre 15 de 2003, del CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO.

Previo juramento se entregó el diploma a la graduanda.

(Fdo.) El Rector, MIGUEL AUGUSTO GARCÍA BUSTAMANTE
(Fdo.) La Decana de la Facultad, ALICIA ÁLVAREZ DE WELDEFORT
(Fdo.) La Secretaria General, CARMEN ELIANA CARO NOCUA

En constancia, firma la presente acta

LA SECRETARIA GENERAL,

CARMEN ELIANA CARO NOCUA

Registro Diploma: ***10033*** *Libro No. 3 -- 14 de diciembre de 2007*

Magda A.

Certificado

ANNAR DIAGNÓSTICA IMPORT S.A.S.

Certifica que:

DRA. LUZ ANGELA CALVO

En representacion del:

E.S.E SAN CRISTOBAL

Asistio y aprobó:

ENTRENAMIENTO EN DISPOSITIVO MEDICO BS-120.

Este certificado se expide a los 27 dias del mes de mayo del año 2013

Margarita Cardona
Bacteriologa
Coordinador de Zona

Diana Cortes
Bacteriologa
Asesoria Cientifica

annar
Diagnóstica Import

Certificado

ANNAR DIAGNÓSTICA IMPORT S.A.S.

Certifica que:

DRA. LUZ ANGELA CALVO

En representacion del:

E.S.E SAN CRISTOBAL

Asistio y aprobó:

ENTRENAMIENTO EN DISPOSITIVO MEDICO BS-380.

Este certificado se expide a los 27 dias del mes de mayo del año 2013

Margarita Cardona
Bacteriologa
Coordinador de Zona

Diana Cortes
Bacteriologa
Asesoria Cientifica

annar
Diagnóstica Import

Certificado

ANNAR DIAGNÓSTICA IMPORT S.A.S.

Certifica que:

DRA. LUZ ANGELA CALVO

En representacion del:

E.S.E SAN CRISTOBAL

Asistio y aprobó:

ENTRENAMIENTO EN DISPOSITIVO MEDICO MICROS 60.

Este certificado se expide a los 27 dias del mes de mayo del año 2013

Margarita Cardona
Bacteriologa
Coordinador de Zona

Diana Cortes
Bacteriologa
Asesoria Cientifica

annar
Diagnóstica Import

Certificado

ANNAR DIAGNÓSTICA IMPORT S.A.S.

Certifica que:

DRA. LUZ ANGELA CALVO

En representacion del:

E.S.E SAN CRISTOBAL

Asistio y aprobó:

ENTRENAMIENTO EN DISPOSITIVO MEDICO PENTRA 80.

Este certificado se expide a los 27 dias del mes de mayo del año 2013

Margarita Cardona
Bacteriologa
Coordinador de Zona

Diana Cortes
Bacteriologa
Asesoria Cientifica

Annar Diagnóstica Import

Proasecal

PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL LABORATORIO
Nit 830079375-8

HACE CONSTAR QUE:

LUZ ANGELA CALVO

Identificada con C.C. No. **52.919.127** , asistió al

SEMINARIO/TALLER
IMPORTANCIA DEL EXAMEN COPROSCOPICO EN LA DECISION CLINICA

Dictado en Bogota, el día 29 de Agosto de 2009, con una intensidad de 2 horas

PROASECAL LTDA.
NIT! 830. 079. 375 - 8

Sonia Villegas Estrada

DIRECTORA PROGRAMA DE PARASITOLOGIA

Certificado N° SC 5195-1

Bogota D.C. Septiembre de 2009

C-234-2009
P-SGC-019-F02

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

LUZ ANGELA CALVO MEDINA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52919127

Cursó y aprobó la acción de Formación

CONTROL DE LA INFECCIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO (DESINFECCIÓN)

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Popayan a los Catorce (14) días del mes de Noviembre de Dos Mil Siete (2007)

MARIA NIDIA BARBOSA ACOSTA
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA

SGCV2007394871 14/11/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

LA ASOCIACION DE EGRESADOS DE LA UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

"ASEUMA"

CERTIFICA

Que : **LUZ ANGELA CALVO MEDINA**

CC. 52.919.127 de Bogotá

CUMPLIO CON LOS REQUISITOS, DEL CURSO TEORICO - PRÁCTICO "
EN TOMA DE CITOLOGIA
ABRIL 05 al 10 DE 2010 con una intensidad de 20 horas.
BOGOTA D. C.

JUDITH BELTRAN DE GONZALEZ
PRESIDENTA

Certificado

ANNAR DIAGNÓSTICA IMPORT S.A.S.

Certifica que:

DRA. LUZ ANGELA CALVO

En representacion del:

E.S.E SAN CRISTOBAL

Asistio y aprobó:

ENTRENAMIENTO EN DISPOSITIVO MEDICO UROMETER 720.

Este certificado se expide a los 27 dias del mes de mayo del año 2013

Margarita Cardona
Bacteriologa
Coordinador de Zona

Diana Cortes
Bacteriologa
Asesoria Cientifica

Annar
Diagnóstica Import

Bogotá D.C

Señores:

Universidad el Bosque
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Epidemiologo General
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 52919127

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Kr 136 A 137 61

Teléfono: 3194976224

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Bacteriologa y Laboratorista Clinica
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 52. 919.127

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Kr 136 A 137 61

Teléfono: 3194976224

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

LA ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de Contratación, se constata que **LUZ ANGELA CALVO MEDINA**, identificada con cedula de ciudadanía **Nº 52.919.127 de Bogotá**, suscribió con la ESE San Cristóbal las siguientes órdenes de prestación de servicios, con total autonomía e independencia.

Nº Contrato	Valor	Fecha inicio	Plazo
833-2009	$ 5.760.000	12/05/2009	TRES MESES
ADC. 833	$ 384.000	12/08/2009	SEIS DIAS
026-2009	$ 1.536.000	07/09/2009	VEINTISIETE DIAS
141-2009	$ 3.840.000	15/10/2009	DOS MESES
ADC. 141	$ 2.048.000	16/12/2009	UN MES Y DOS DIAS
293-2010	$ 9.751.000	19/01/2010	CUATRO MESES Y VEINTISIETE DIAS
ADC. 293	$9.980.000	16/06/2010	DOS MESES
992-2010	$ 13.480.667	17/08/2010	CINCO MESES Y OCHO DIAS
191-2011	$ 6.150.000	01/02/2011	TRES (3) MESES

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO EN LOS DIFERENTES PUNTOS DE ATENCION DE LA ESE

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

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el día 1 de abril de 2011

Cordialmente,

Gloria Esperanza BARRERO CARRETERO
Jefe Oficina Jurídica
ESE San Cristóbal

NIT. 800216538-0

LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **LUZ ANGELA CALVO MEDINA**, identificado(a) con la **CEDULA DE CUIDADANIA Nº 52.919.127 de Bogotá,** suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes ordenes de prestación de servicios, con total autonomía y dependencia:

No de Contrato	Valor	Fecha Inicial	Fecha Final
No de Contrato 3316-2014	$4.283.000	2014-10-01	2014-10-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO BACTERIOLOGA CON ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA EN EL AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No de Contrato 4046-2014	$8.566.000	2014-11-01	2014-12-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO BACTERIOLOGA CON ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA EN EL AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No de Contrato 108-2015	$4.283.000	2015-01-01	2015-01-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO BACTERIOLOGA CON ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA EN EL AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No de Contrato 918-2015	$8.566.000	2015-02-01	2015-03-31
OBJETO: APOYO SOPORTE COMO BACTERIOLOGA CON ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA EN EL AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No de Contrato 1477-2015	$17.759.032	2015-04-01	2015-07-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO BACTERIOLOGA CON ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA EN EL AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
VALOR DE ADICIÓN	DIAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN	
$ 8.879.516	DOS(02) MESES	2016-07-30	
No de Contrato 2911-2015	$8.879.516	2015-10-01	2015-11-30
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE VIGILANCIA SANITARIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No de Contrato 3530-2015	$4.439.758	2015-12-01	2015-12-31
APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE VIGILANCIA SANITARIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No de Contrato 60-2016	$4.439.758	2016-01-01	2016-01-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE VIGILANCIA SANITARIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			

No de Contrato 996-2016	$18.961.320	2016-02-11	2016-06-10
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE VIGILANCIA SANITARIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
VALOR DE ADICIÓN	DIAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN	
$ 8.879.516	DOS(02) MESES	2016-07-30	

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

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

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el sado 30 de julio del 2016.

Cordialmente,



Virmary Angela Ortiz Herrera
Jefe Asesora Oficina Jurídica



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.919.127

CALVO MEDINA
APELLIDOS

LUZ ANGELA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

08-DIC-1985
FECHA DE NACIMIENTO

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-ENE-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500110-45125671-F-0052919127-20040504 01929 04125P 02 153978123

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14397334912

(415)7707212489984(8020) 000001439733491 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 529191127 - 1 | 6. DV | 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32 | 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
2 Persona natural o sucesión ilíquida	13 Cédula de ciudadanía	52919127	2004 01 22

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CALVO	MEDINA	LUZ	ANGELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 136 A 137 61 BRR SUBA BERLIN

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
hanjelac@gmail.com		5350056	3194976224

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código		51. Código	52. Número establecimientos
7490	2016 12 12	8691	2009 04 01	1	2		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2016 12 12

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: CALVO MEDINA LUZ ANGELA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 26-03-2018 07:08:44AM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 16-08-2016
Hora: 3:01:21 PM

CONTRIBUYENTE CC 52919127 LUZ ANGELA CALVO MEDINA

Información General

Dirección CR 136A 137 61

Teléfonos 6936998-3002305865
Dirección electrónica ANYYELA_2004@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 16/08/2016
Soporte Inscripción 18335430
Fecha Inicio Actividades 01/10/2007
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.I EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001052851

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

LUZ ANGELA

CALVO MEDINA

C.C. 52919127

BACTERIOLOGO(A) Y LABORATORISTA CLINICO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedido 13/11/2008

DEPARTAMENTO DEL VAUPÉS
GOBERNACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE VAUPÉS
Nit. 845.000.021-0

RESOLUCION NUMERO 081 DE 2008
(21 DE OCTUBRE)

Por medio de la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE VAUPES (E)

En cumplimiento del Decreto 1875 de agosto 3 1994, expedido por el Ministerio de Salud según facultad otorgada por el Decreto número 3134 de 1968 y

CONSIDERANDO:

Que **LUZ ANGELA CALVO MEDINA** , con cédula de ciudadanía No.52.919.127 expedida en Bogotá D.C., ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA CLINICO**, según TITULO que le otorgó la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, segun Acta de Grado No 192.

Que dicho TITULO se encuentra anotado en el Libro 03 Acta 192 Folio 37 Registro 10033 del 14 de Diciembre de 2007.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio del Municipio de Mitú, en el periodo comprendido entre el 01 de Abril de 2008 y el 30 de Septiembre de 2008.

Que en virtud de lo anterior,

RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Autorizar a **LUZ ANGELA CALVO MEDINA**, con cédula de ciudadanía No. 52.919.127 expedida en Bogotá D.C. para ejercer la profesión de **BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA CLINICO** en el Territorio Nacional

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Mitú Vaupés, a los 21 días del mes de Octubre de 2008

ERICA BIBIANA CAICEDO SANDOVAL
Secretaria de Salud Departamental (E)

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 *: 52919127

Primer Nombre *: LUZ

Primer Apellido *: CALVO

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52919127	LUZ	ANGELA	CALVO	MEDINA	Ver

Información Detallada [CC: 52919127] LUZ ANGELA CALVO MEDINA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	2008/10/21	Colegio Nacional de Bacteriologia

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).

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

CONSERVELO

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite la transcripción en los sitios autorizados

Por mí y por Colombia, yo me vacuno.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Angela Caluo

Apellidos:

Documento de identidad: CC [X] TI [ ] CE [ ] No. 52919127

Fecha de Nacimiento: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			

Eupax B inj. Adult - 1.0cc

Ene. 1820 - 30 Sept 2008

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

SALUD NUEVA

Calle 142 Nº 131 - 05
BARRIÓ TIBABUYES UNIVERSAL
Teléfono: 6881253 Celular: 3123780044
NIT. 51780894-9

FECHA: 13 DE SEPTIEMBRE DE 2016.
DATOS DEL PACIENTE
NOMBRE: LUZ ANGELA CALVO MEDINA.
TIPO DE DOCUMENTO: C.C. 52.919.127.
SEXO: F **EDAD:** 30 AÑOS
EMPRESA: USS CENTRO ORIENTE. **CARGO:** EPIDEMIOLOGA.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
RESOLUCION 12946 DE 09/10/2015

Realizado el Examen Médico Ocupacional, el suscrito medico certifica que el aspirante a cargo se encuentra:

1. APTO PARA TRABAJAR	SI	☒
2. CON RETENCIONES PARA TRABAJO	SI	☐
3. PRESENTA RESTRICCIONES PARA TRABAJO	SI	☐

TIPO DE RESTRICCIÓN O LIMITACIONES: NO.

RECOMENDACIONES:

- Evitar sobre cargas mayores a 25 kg- realizar pausas activas
- Nutricionales: estilo de vida saludable
- Aumentar actividad física
- Valoración o control por optometría anual
- Audiometría anual

EXÁMENES REALIZADOS:

Examen médico, valoración auditiva, visiometría.

HUELLA TRABAJADOR

Dra. Ana Rosa Alemán
MD. Universidad Nacional
Especialista Higiene y
Salud Ocupacional

LICENCIA No. 12946
09-10-2015

ANA ROSA ALEMAN
RM. 16851 SDS
14 34 MD

LUZ ANGELA CALVO MEDINA.
C.C. 52.919.127.

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

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

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

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

FECHA:	30/05/18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Calvo	Medina	Luz	Angela.		

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	52919127	Bogota D.C. /Cundinamarca	22/01/2004
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
08/12/1985	Bogotá	Colombia.	Colombiana

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

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
kr 136A 137 61.	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	5366068.

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
hanjelac@gmail.com	O	PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
O	O	O	O

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	O	O	O
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	Digite el código de la actividad 8692
	NO ☐	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	# NIT	9.009.590.517

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 5 43	3444484	Bogotá	Cundinamarca	Colombia.
CARGO ACTUAL	Profesional universitario en Bacteriologia Especialista en epidemiologia		**FECHA VINCULACION**	05/09/16.

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

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

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

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
0	0	0	0	0	0

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	1'300.000 $ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	72.647.000 $ 0
HONORARIOS	3'500.000 $ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	200.000 $ 0	VEHICULOS	3'000.000 $ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	900.000 $ 0	PROPIEDADES	100.000.000 $ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	3.500.000 $ 0	TOTAL EGRESOS	2'600.000 $ 0	TOTAL ACTIVOS	103'000.000 $ 0	TOTAL PASIVOS	72.647.000 $ 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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Florez	Padilla	Nelcy	Aidee.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cl 21 88A 80	Bogotá	Amiga.	3208364180

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda.	Cuenta de ahorro	008480311284	20 de Julio	3383838

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

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Profesional Universitario en Bacteriologia Especialista en Epidemiologia.

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ ANGELA CALVO MEDINA identificado(a) con CC 52919127 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**20/05/2009**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE SUBA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 30 días del mes de mayo del año 2018.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

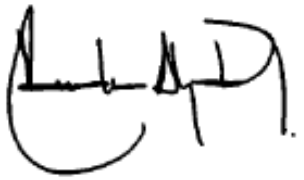
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUZ ANGELA CALVO MEDINA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,919,127**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Mayo de 2018.



Gerente de Clientes

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52.919.127 Numero de Documento	SEGUROS BOLIVAR ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Luz	Angela	Calvo	Medina.

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
08/12/85	Bogotá	Kr 136 A 137 61	5350056

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Nueva EPS	Porvenir	$ 3'500.000

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

Correo Electrónico	Celular
hangelac@gmail.com	3194976224

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 107590074

WEB
20:27:21

Bogotá DC, 25 de marzo del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ ANGELA CALVO MEDINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52919127:

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)

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 25 de marzo de 2018, a las 20:32:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52919127
Código de Verificación	52919127180325203251

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2160117

Bogotá D.C., 25 de Marzo de 2018 - 20:39 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) **LUZ ANGELA CALVO MEDINA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL CIENTO VEINTISIETE** de BOGOTA D.C.

52919127

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

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.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 3_JLAG4_3920
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 20:34:04 horas del 25/03/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 52919127
Apellidos y Nombres: CALVO MEDINA LUZ ANGELA
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.
Volver al Inicio

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN CRISTÓBAL
Nit. 800.216.538-0

E.S.E.
Hospital
San Cristóbal
NIT 800.216.538-0

AUTORIZACIÓN APERTURA DE CUENTA

Bogotá D.C.,

Señores
BANCO DAVIVIENDA S.A.
Oficina Veinte de Julio
Carrera 6 No. 21 – 13 Sur

Respetados señores:

Les presento a nuestro colaborador:

LUZ ANGELA CALVO MEDINA

Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.919.127 de BOGOTÁ, para que le sea efectuada la apertura de una Cuenta de Ahorro, en cumplimiento del convenio para el pago de la nómina suscrito con esa Entidad Bancaria y la Empresa Social del Estado San Cristóbal.

Cordial saludo,

JUAN CARLOS MANTILLA ALARCÓN
Profesional Especializado -Talento Humano

BANCO DAVIVIENDA

Hace constar que ha abierto una cuenta a nombre de:

_____

Identificado (a) con la cédula de ciudadanía N° _____

Destinada a que en ella sea consignado el valor de los honorarios que la Empresa Social del Estado San Cristóbal, llegue a reconocerle.

CODIGO Y NOMBRE DE LA OFICINA: _____

CUENTA N° 00849803128 4

FIRMA Y SELLO DEL BANCO: _____

CIUDAD Y FECHA: 060509

DIAN

Declaración Anual de Impuesto Mínimo Alternativo Simple (IMAS) para Empleados

PRIVADA

230

1. Año: 2016

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2303608340255

(415)7707212489984(8020) 000230360834025 5

Datos del declarante

5. No. Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
52919127	1	CALVO	MEDINA	LUZ	ANGELA	32

24. Actividad económica: 8691 — Si es una corrección indique: 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior

Patrimonio	Total patrimonio bruto	27	74,735,000
	Deudas	28	72,647,000
	Total patrimonio líquido	29	2,088,000
Determinación renta gravable alternativa (RGA) - IMAS	Ingresos brutos del empleado	30	0
	Otros ingresos	31	43,675,000
	Ingresos excluidos de la base (RGA) del IMAS	32	0
	Total ingresos	33	43,675,000
	Dividendos y participaciones no gravados	34	0
	Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	35	0
	Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	36	7,569,000
	Gastos de representación exentos	37	0
	Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	38	0
	Pérdidas por desastres o calamidades públicas	39	0
	Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	40	0
	Costo fiscal de los bienes enajenados	41	0
	Indemnizaciones por seguro de vida, por accidente de trabajo o enfermedad	42	0
	Licencia de maternidad y gastos funerarios	43	0
	Exceso del salario básico de oficiales y suboficiales de las FF.MM y la Policía Nacional	44	0
	Seguro por muerte y compensación por muerte de las FF.MM y la Policía Nacional	45	0
	Retiros fondos de pensión de jubilación e invalidez; fondos de cesantías y cuentas AFC	46	0
	Renta gravable alternativa - RGA	47	36,106,000
Ganancias ocasionales	Ingresos por ganancias ocasionales	48	0
	Costos por ganancias ocasionales	49	0
	Ganancias ocasionales exentas y no gravadas	50	0
	Ganancia ocasionales gravables	51	0
Liquidación privada	Impuesto sobre la renta mínimo alternativo simple - IMAS	52	0
	Descuentos tributarios	53	0
	Impuesto neto de renta	54	0
	Impuesto de ganancias ocasionales	55	0
	Total impuesto a cargo	56	0
	Anticipo renta por el año gravable anterior	57	0
	Saldo a favor año gravable anterior sin solicitud de devolución o compensación	58	617,000
	Total retenciones año gravable 2016	59	292,000
	Anticipo renta por el año gravable siguiente	60	0
	Saldo a pagar por impuesto	61	0
	Sanciones	62	0
	Total saldo a pagar	63	0
	o Total saldo a favor	64	909,000

65. No. Identificación signatario — 66. DV

(415)7707212489984(8020)071088000000529191274100(3900)000000000000000(96)20170929

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

980. Pago total $: 0

998. Espacio para el número interno de la DIAN / Adhesivo

2017086810656 5