

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros**
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Below is the list of all your memberships and corresponding status.

NIT	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
1010190026	LEIDY YADIRA GONZALEZ AVILA	22/11/2017 03:35:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	22/11/2017 03:35:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado

[Cambiar el estilo de paginación](#)

Nuevo registro



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 Gonzalez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Avila	NOMBRES Leidy Yaderca
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.0.10.190.026		SEXO F ☒ M ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 01 MES 04 AÑO 1990 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Bogota D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 57 B bs #84 E 17 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Bogota D.C. TELÉFONO 3183023825 EMAIL yadragonzalez091@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:	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2007	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES	AÑO	PROFESIONAL
TC	4	X		Documentación y registro de operaciones contables	12	2007	
TC	4	X		Técnico laboral en investigación criminalística y Ciencias Forenses	12	2009	
UN	10	X		Ingeniero Ambiental	01	2016	25238-322062 CNO

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	Subred Integrada de servicios de salud Centro Oriente E.S.E	PÚBLICA	PAÍS
		x	Colombia
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
		Bogotá D.C.	
TELÉFONOS	302 339 9604	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
		DÍA 09 MES 04 AÑO 2018	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Ingeniera Ambiental	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
		Línea de Seguridad Química	Calle 22 sur 8A 58
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	Subred Integrada de servicios de salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA	PAÍS
		x	Colombia
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
		Bogotá D.C.	
TELÉFONOS	302 339 9604	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
		DÍA 13 MES 07 AÑO 2017	DÍA 31 MES 03 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	Ingeniera Ambiental	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
		Línea de Seguridad Química	Calle 22 sur 8A 58
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	Subred Integrada de servicios de salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA	PAÍS
		x	Colombia
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
		Bogotá D.C.	
TELÉFONOS	302 339 9604	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
		DÍA 05 MES 09 AÑO 2016	DÍA 31 MES 03 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	Ingeniera Ambiental	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
		Espacio Educación	Calle 22 sur 8A 58
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	Fireproof Ingeniería SAs	PÚBLICA	PAÍS
		x	Colombia
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
		Bogotá D.C.	comercial@fireproof.com.co
TELÉFONOS	684 11 17	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
		DÍA 22 MES 02 AÑO 2016	DÍA 13 MES 09 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	Auxiliar de Ingeniería	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
		Administración	Calle 156 # 97 A 16

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	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C. 30 - Mayo - 2018

[Firma]
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Leidy Yadira Gonzalez Avila

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 1.010.190.026 Bogotá CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Bogota D.C

Barrio-Dirección Calle 57 b bis # 84 G 17 Teléfonos 3183023825

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS IVAN GONZALEZ	14.210.856	PADRE
ETELVINA AVILA REYES	38.226.224	MADRE
GABRIELA BARRIOS GONZALEZ	1.013.152.130	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,
EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	2.800.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 2.800.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORRO	451870135188	PLAZA IMPERIAL	\$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
N/A	N/A	\$ -

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE

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:

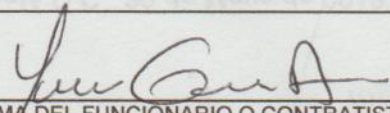
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO IDENTIFICACION	DE	Nº
	C.C. C.E. T.I.		

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
ASESORA AMBIENTAL	SOCIEDAD

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá D.C. 30-Mayo-2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-CAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770



LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIA Y DESARROLLO

Personería Jurídica Res. 020/1996 del Ministerio de Educación Nacional

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

Leidy Yadira González Ávila

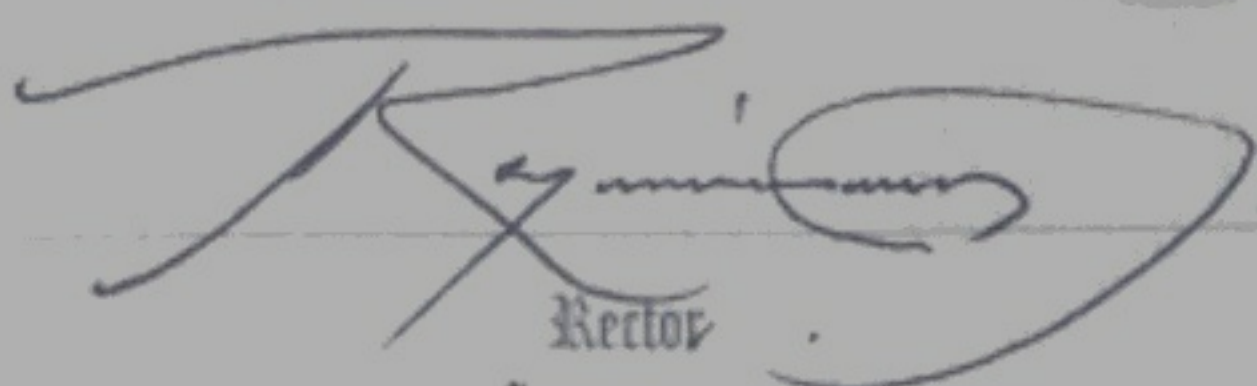
C.C.I.010.190.026 Bogotá

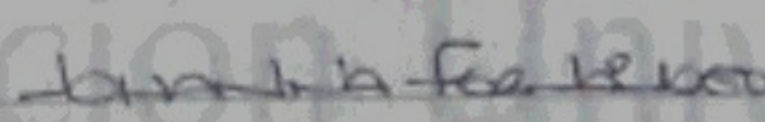
Aprobó los estudios programados por la Corporación Universitaria y cumplió con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título profesional de:

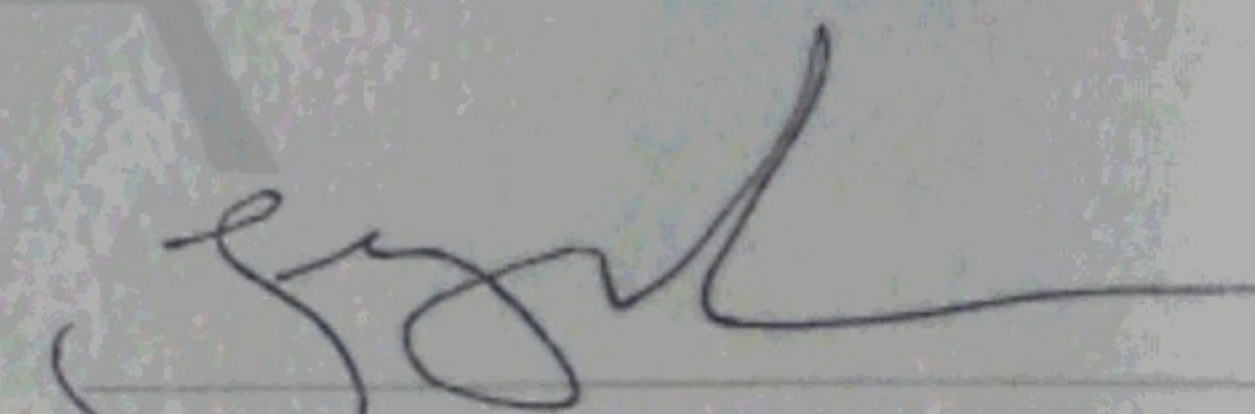
Ingeniero Ambiental

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

Bogotá, D.C., Enero 29 de 2016


Rector


Secretario General


Vicerrector Académico y de Investigación



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIA Y DESARROLLO

Personería Jurídica Res. 020/1996 del Ministerio de Educación Nacional

La Suscrita Secretaria General de la Corporación Universitaria, certifica que este documento es copia auténtica del Acta de Grado No. 847 del Programa de Ingeniería Ambiental de fecha veintinueve (29) de Enero de Dos Mil Dieciséis (2016), con destino a **GONZÁLEZ ÁVILA LEIDY YADIRA**

ACTA DE GRADO No. 847

En Bogotá, D.C., a los veintinueve (29) días del mes de Enero de Dos Mil Dieciséis (2016), se reunieron los Directivos de la Corporación Universitaria de Ciencia y Desarrollo, encabezados por el Doctor REYNALDO RÍOS PÉREZ Rector, Doctora LILIAN JOHANNA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Secretaria General y el Doctor GONZALO HERNANDO TÉLLEZ MACÍAS Vicerrector Académico y de Investigación y considerando que:

8945. GONZÁLEZ ÁVILA LEIDY YADIRA identificada con C.C. No. 1.010.190.026 Bogotá, cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos de la Corporación Universitaria de Ciencia y Desarrollo, resuelve otorgarle el Título Profesional de:

INGENIERO AMBIENTAL

En nombre y representación de la **CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIA Y DESARROLLO** y previo juramento de rigor, el Rector hizo entrega del Diploma debidamente firmado y sellado, registrado en el Libro de Actas No. 11 Folios 057 y 058.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintinueve (29) días del mes de Enero de Dos Mil Dieciséis (2016). Reynaldo Ríos Pérez Rector, Lilian Johanna Fernández Rodríguez Secretaria General, Gonzalo Hernando Téllez Macías Vicerrector Académico y de Investigación.

Es fiel copia de lo que reposa en archivos.

Bogotá, D.C., a los veintinueve (29) días del mes de Enero de Dos Mil Dieciséis (2016).


LILIAN JOHANNA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Secretaria General



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que
LEIDY YADIRA GONZALEZ AVILA

Con Tarjeta de Identidad No. 90.040.163.130

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
basado en competencias
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad le confiere el
Certificado de Aptitud Profesional
Para desempeñarse como:

**AUXILIAR EN
DOCUMENTACION Y REGISTRO DE OPERACIONES
CONTABLES**

Con una duración de 880 Horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá D. C.
A los Catorce (14) días del mes de Diciembre de Dos Mil Siete (2007)


JORGE ALBERTO BETANCOURT RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL



República de Colombia

LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIA Y DESARROLLO

Personería Jurídica Res. 020/1996 del Ministerio de Educación Nacional

Certifica que:

GONZÁLEZ ÁVILA LEIDY YADIRA

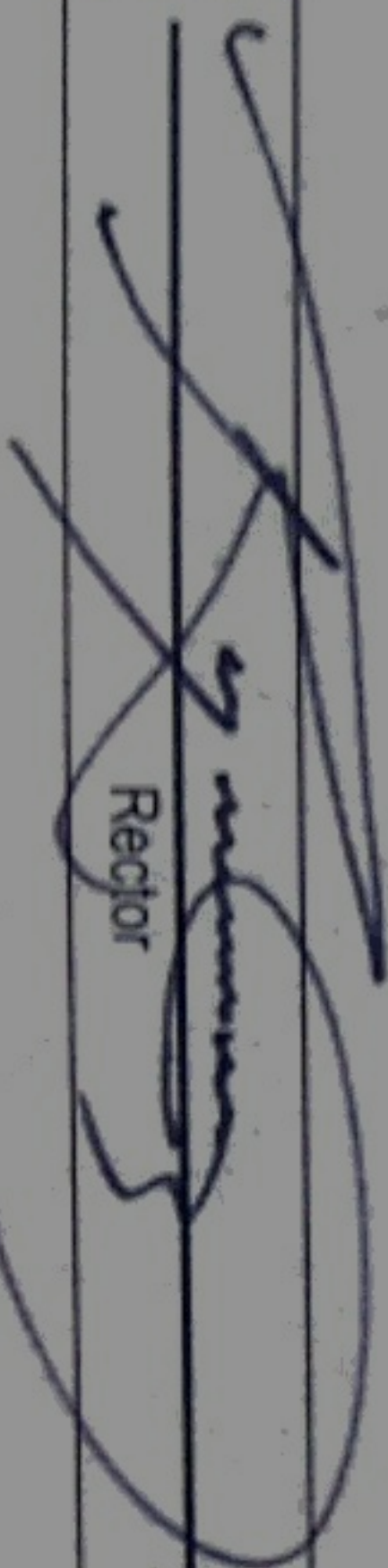
C.C. 1.010.190.026

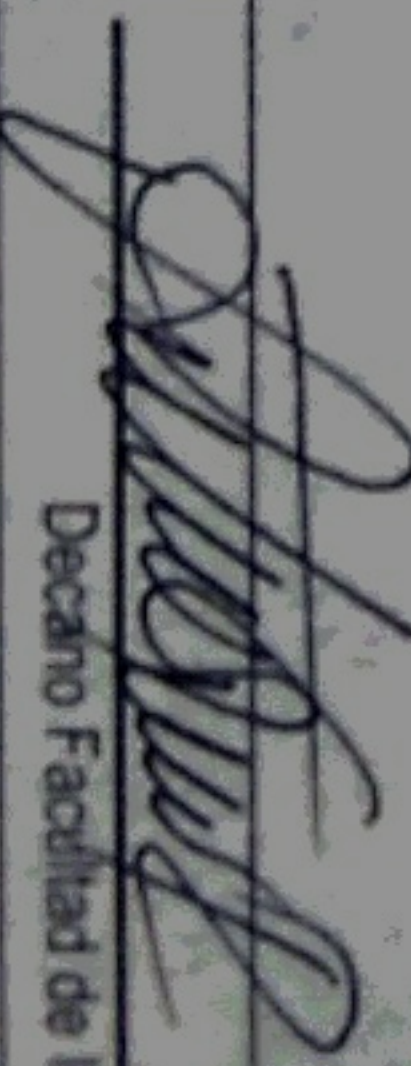
Participo y aprobó el Diplomado

Gestión Ambiental, Riesgo de Desastres y Ordenamiento Territorial

Realizado en la ciudad de Bogotá, D.C. entre el 22 de Julio y el 13 de Agosto de 2015.

Con una intensidad de 120 horas. Dado en Bogotá a los diez (10) días del mes de Septiembre de 2015.


Rector


Decano Facultad de Ingenierías



La República de Colombia

La Secretaría de Educación Distrital

y en su nombre el

*Instituto Nacional de Investigación
Criminalística y Ciencias Forenses*

*Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C., según
Resolución No. 277 del 27 de Enero de 2003*

Confiere a:

Leidy Yadira González Ávila

Identificado(a) con C. C. No. 1,010,190,026 de Bogotá, D. C.

El Presente Certificado como

*Técnico Laboral en
Investigación Criminalística y Ciencias Forenses
Intensidad Horaria 1.280 horas*

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al programa de Investigación
Criminalística y Ciencias Forenses, según los planes vigentes que lo habilita
plenamente para desempeñarse en esta área.*

*Dr. Aldemar Barbosa Salazar
C. C. 79.444.951 de Bogotá, D. C.
Director*

*Dr. Herber Camilo Bermúdez Aguirre
C. C. 79.792.713 de Bogotá
Coordinador Académico*



Anotado al folio No. 10 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 006

Dado en Bogotá D. C. a los 18 días del mes de Diciembre de 2003

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según decreto 321 del 6 de Mayo de 1994.

Bogotá D.C

Señores:

CORPORACION UNIVERSITARIA DE CIENCIA Y DESARROLLO UNICIENCIA_____
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, LEIDY YADIRA GONZALEZ AVILA, 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:

_____INGENIERO AMBIENTAL_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma _____

No. de documento: _____1.010.190.026_____

Tarjeta profesional No: _____25238-327062_____

Dirección de contacto: _____CALLE 57 B Bis SUR # 84 G 17_____

Teléfono: _____3183023825_____



LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora LEIDY YADIRA GONZALEZ AVILA, identificada con CC. N° 1.010.190.026, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

N° CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C-TO
02-PS-1192-2016	05-09-2016	31-03-2017	\$16.583.333
PS 4608 2017	13-07-2017	31-03-2018	\$24.080.000

OBJETO CONTRACTUAL:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

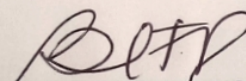
OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 833/2016 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 8 días del mes de marzo de 2018.

Para mayor información favor comunicarse al celular 3023399604 o dirigirse a la Avenida Caracas # 33A-11, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,


BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

Revisó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación OPS 
Proyecto: Adonay Neira Joire-Apoyo Administrativo OPS 

Diagonal 34 No.5-43
Código Postal: 110311
Teléfono: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



EL DEPARTAMENTO DE GESTION HUMANA DE FIREPROOF
INGENIERIA SAS

CERTIFICA

Que la señora LEYDI YADIRA GONZALEZ AVILA identificada con cedula de ciudadanía numero 1.010.190.026, laboro con nosotros bajo contrato a termino indefinido desempeñándose como Auxiliar Ingeniería.

El tiempo laborado en la empresa fue del 22 de febrero de 2016 hasta el 13 de septiembre de 2016.

La presente se expide a solicitud del interesado el día 21 de septiembre de 2016

Cordialmente,

Edison Romero Baron
Gerente General



Edison Romero

Fireproof

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.190.026**

GONZALEZ AVILA

APELLIDOS
LEIDY YADIRA

NOMBRES

Yadira Gonzalez A.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-ABR-1990**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-ABR-2008 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00086845-F-1010190026-20081002 0003991635A 2 25786126



DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 07-07-2017

Hora: 12:28:04 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1010190026-2 LEIDY YADIRA GONZALEZ AVILA

Información General

Dirección CL 57 B BIS 84 G 17

Teléfonos 3183023825

Dirección electrónica ienmlsa@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 21/12/2009

Soporte Inscripción 13062368

Fecha Inicio Actividades 21/12/2009

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: 39001-ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL Y OTROS SERVICIOS DE GESTION DE DESECHOS (EXCEPTO LOS SERVICIOS PRESTADOS POR CONTRATISTAS DE CONSTRUCCION, CONSTRUCTORES Y URBANIZADORES)

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002059804



REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Matrícula Profesional No.
25238-327062 CND
Fecha de Expedición: **31/03/2016**

Nombre:

**LEIDY YADIRA
GONZALEZ AVILA**

Cédula:

C.C. 1010190026

Profesión:

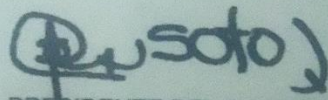
INGENIERO AMBIENTAL

Institución:

**CORPORACION UNIVERSITARIA
DE CIENCIA Y DESARROLLO**



Este es un documento público expedido en virtud de la Ley 842 de 2003,
que autoriza al titular ejercer como Ingeniero en el Territorio Nacional.



PRESIDENTE DEL CONSEJO

En caso de extravío debe ser remitida al COPNIA. Calle 78 No. 9-57 primer piso
Línea Nacional: 01 8000 116590

REPÚBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE
INGENIERÍA
COPNIA
EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que GONZALEZ AVILA LEIDY YADIRA identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº 1010190026, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, como INGENIERO AMBIENTAL con Matrícula Profesional Nº 25238-327062 CND desde el (los) treinta y uno (31) día(s) del mes de marzo del año dos mil dieciseis (2016).
2. Que la (el) Matrícula Profesional es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.
3. Que la (el) referida (o) Matrícula Profesional se encuentra vigente, por lo cual el profesional certificado actualmente NO está impedido para ejercer la profesión.
4. Que el profesional NO tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.
5. Que la presente certificación tiene una validez de seis (6) meses y se expide en Bogotá, D.C., a los veintinueve (29) días del mes (mayo) del año dos mil dieciocho (2018).



RUBÉN DARÍO OCHOA ARBELÁEZ

Firma del titular (*)

(*) Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado.

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999.

Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web <http://gdocumental.copnia.gov.co/invesiteCSV> indicado el código que se encuentra en el costado izquierdo de este documento

Calle 78 Nº 9 - 57 Piso 13 - Bogotá D.C. Pbx: 3220102 - Correo-e: contactenos@copnia.gov.co
www.copnia.gov.co

Hepavax-Gene® TF iny.
Vacuna Hepatitis B (VHB), Sin Timorol
1 mL (20 µg - 1 dosis adulto)

1 vial contiene: Antígeno de superficie de hepatitis B 20 µg, adsorbido de aluminio (aproximado) 0,5 mg (Al)
Lr. No.: 1434028. 05
Fáb.: 2016. 05. 19
Exp.: 2019. 05. 18
Reg. Sanitario No. INVISA 2005 M-0006141
Importador: Biotescana, Colombia

Hepavax-Gene® TF iny.
Vacuna Hepatitis B (VHB), Sin Timorol
1 mL (20 µg - 1 dosis adulto)
Almacenar de 2°C - 8°C. NO CONGELAR
Janssen Vaccines Corp.

Reg. No.: INVIMA 2017M-0006143-R1
Lot. No.: 1434034. 02
Exp. Date: 2020. 01. 10

alido en Colombia
nttrar a zonas de riesgo

sérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Apellidos:

Documento de identidad:

Fecha de Nacimiento:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐

No.

Día

Mes

Año

Leidy Yadira
Cantalejo Avila
1010190026

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	01 DIC 2016		
	2	30 ENE 2017		
	3	05 MAY 2018		
	4	05 mayo 19		
	5			
Contra Hepatitis B	1	20 JUN 2017		
	2	31 MAR 2018		
	3	05 MAY 2018		
	R	05 mayo 19		

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

boostrixm
 LOT/EXP:
 AC378177AC
 04-2017
 boostrixm
 LOT/EXP:
 AC378177AC
 04-2017
 boostrixm
 LOT/EXP:
 AC378177AC
 04-2017

EL DIVINO NIÑO JESUS



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

Registrada en el MOP No. 2001 de 2008/01/15
MOP No. 2001 de 2008/01/15

Unidad Médica de Especialistas (UMED) LTDA. I.P.S.
Sede: Calle 100 No. 26-00/06 Sur, Barrio La Florida, Ciudad de Bogotá, D.C.
Teléfono: (57) 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: (57) 278 5555 - 366 5291



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 21 / 9 / 2015		EXAMEN: Preocupacional / Ingreso	
NOMBRES: LEIDY YADIRA GONZALEZ AVILA		CC: 1.010.190.026	EDAD: 26 SEXO: M F
EMPRESA: SUBRED CENTRO ORIENTE		CARGO: INGENIERA AMBIENTAL, T ^{da}	Cel: 8183023875

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Valoración Médica Laboral	OK	Respiratorio	OK
Espirometría		Dermatología	OK
Audiometría		Osteomuscular	OK
Visiometría		Cardiovascular	OK
Optometría		Vacunación	
Electrocardiograma		Prueba de Equilibrio	
Psicología Laboral		Otros	
Radiología			

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático IVG		Serología	
Hemoglobina		Parcial de Orina	
Coeficiente		RH - Grupo Sanguíneo	
Triglicéridos		Varios	

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) ☒ Según Res. 1408 del 23 de Julio de 2012

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

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

Apto Para el Cargo. Actividad laboral en Superficie.
Enfasis Osteomuscular Satisfactorio. Debe Continuar Control

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES PRECANTAL EN IPS

1. Higiene Personal	X	6. Control Audiométrico		11. Exámenes de Vista Substancial	
2. Pausas Activas	X	7. Uso de Doble Protección Auditiva		12. Evitar Posturas Prolongadas	
3. Ergonomía del Punto de Trabajo	X	8. Control Optométrico Periódico		13. Uso de Mochila de Compensación Graduada	
4. Uso de Elementos de Protección Personal	X	9. Uso de Lentes permanentes		14. Valoración y Manejo en IPS	X
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral		10. Control de Tensión Arterial			

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Lectura Obligatoria)

Yo, el/la paciente, he leído y comprendido el contenido de este documento, el cual describe el examen que voy a realizar, los riesgos y beneficios de la misma, y he dado mi consentimiento para que se realice el examen. He sido informado de que este examen es voluntario y que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto afecte mi atención médica. He sido informado de que los resultados de este examen serán confidenciales y que solo serán compartidos con el personal médico que lo realizó. He sido informado de que los resultados de este examen serán utilizados para fines de diagnóstico y tratamiento, y que los resultados de este examen serán utilizados para fines de diagnóstico y tratamiento. He sido informado de que los resultados de este examen serán utilizados para fines de diagnóstico y tratamiento, y que los resultados de este examen serán utilizados para fines de diagnóstico y tratamiento.

 FIRMADO POR: LEIDY YADIRA GONZALEZ AVILA C.C. No. 1.010.190.026	
--	--

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

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

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

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

FECHA: 2018-05-30 CIUDAD: BOGOTA D.C DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C

Distiguado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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: GONZALEZ SEGUNDO APELLIDO: AVILA PRIMER NOMBRE: LEIDY SEGUNDO NOMBRE: YADIRA

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1010190026 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTA D.C FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2008-04-15

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: [999-04-03] LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTA D.C PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO(A) ☐ EN LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: GABRIELA BARIOS GONZALEZ NUMERO DE HIJOS: 1 TELEFONO CELULAR: 3183023825

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER OTRO ☒ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ CUAL: PROFESION / OFICIO: INGENIERO AMBIENTAL

DIRECCION RESIDENCIA: CALLE 57 B BIS SUR # 84 G 17 CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA D.C DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C PAIS RESIDENCIA: COLOMBIANA TELEFONO RESIDENCIA: 7844642

CORREO ELECTRONICO: yadiragonzalez091@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

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

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☒ NO ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	INDUSTRIA ☒	# NIT 900959051-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL: ☒				
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CALLE 57 B BIS SUR # 84 G 17		3183023825		BOGOTÁ D.C	CUNDINAMARCA
CARGO ACTUAL		INGENIERA AMBIENTAL		FECHA VINCULACION	2016-09-05

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 2.800.000	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 2.800.000	ARRIENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 1.500.000
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 20.000.000	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 2.800.000	TOTAL EGRESOS	\$ 2.800.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 1.500.000
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
CEBALLOS	VEGA	DIEGO	ALEJANDRO
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Calle 5 C # 72 C 26	BOGOTÁ D.C	CONOCIDO	3214950729

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
DAVIVIENDA	AHORRO	451870135188	PLAZA IMPERIAL	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					CUAL:
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

INGENIERA AMBIENTAL

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. **USUARIOS DE LA INFORMACION:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES:** Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

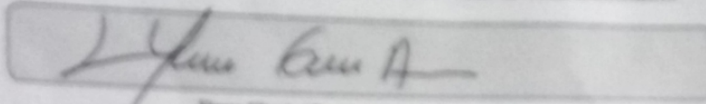
6. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

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

9. **AUTORIZACION:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Mayo de 2,018

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de INDEPENDIENTE - APOORTE 2%, con la siguiente información:

No. de Identificación : 1010190026
 Nombre : LEIDY YADIRA GONZALEZ AVILA
 Fecha de Afiliación a CCF : 2016/12/01
 Estado : Afiliado
 Categoría : A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Ult.Sub. Recibido
CARLOS IVAN GONZALEZ	14210856	PA	A	NO	\$0	--	--
ETELVINA AVILA DE GONZALEZ	38226224	PA	A	NO	\$0	--	--

La presente certificación se expide con destino a SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

GESTIÓN DE VINCULADOS

Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA



FOR-PSA-0110

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LEIDY YADIRA GONZALEZ AVILA identificado(a) con C.C No. 1.010.190.026, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 29 de mayo del 2018.

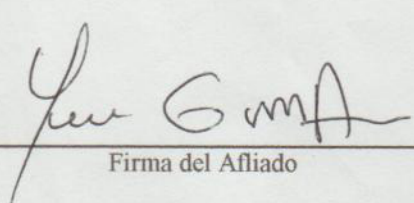
El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1010190026		SEGUROS BOLIVAR	
Numero de Documento		ARL	
LEIDY	YADIRA	GONZALEZ	AVILA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
01/04/1990	BOGOTA D.C	ALLE 57 B BIS SUR # 84 G 1	7844642
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
COMPENSAR	COLFONDOS	2.800.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
INGENIERO AMBIENTAL		Fecha Inicio del Contrato	
Objeto Contractual (Cargo)			
yairagonzalez091@gmail.com		3183023825	
Correo Electrónico		Celular	
		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
Firma del Afiliado		C.C. _____	

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110393820



WEB

18:50:27

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de mayo del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LEIDY YADIRA GONZALEZ AVILA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010190026:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 29 de mayo de 2018, a las 18:51:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1010190026
Código de Verificación	1010190026180529185157

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.



NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO





Bogotá D.C., 29 de Mayo de 2018 - 18:53 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: **UN MIL DIEZ MILLONES CIENTO NOVENTA MIL VEINTISEIS**

1010190026

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **5_KZANX_5318**

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 18:55:24 horas del 29/05/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1010190026**

Apellidos y Nombres: **GONZALEZ AVILA LEIDY YADIRA**

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](#)





CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,**

23/03/2018

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEIDY YADIRA GONZALEZ AVILA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1010190026**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570451870135188
Fecha de apertura	20/08/2016

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA