FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Ultima Actualización: 16-feb-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CARMONA	CANO	ANGELA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 39673616

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 3 MES MAY AÑO 1976

PAÍS: Colombia

DEPTO: Antioquia

CIUDAD: Medellín

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 24#8-47

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 2563795

EMAIL emelyyanniel@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO bachillerato tecnico comercial
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES DICIEMBRE AÑO 1994

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Técnico en Salud Publica	SENA	2019	1800
Auxiliar de enfermería	Escuela de salud teresa de Calcuta	2006	1800

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-feb-2021

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Soacha	empresadesalud@esesoacha.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7293922	DIA 1 MES 12 AÑO 2020	DIA 30 MES 12 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliar de enfermeria	pic	cra 2 # 12-38

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	0	1
Total	0	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-feb-2021

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-feb-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGELA MARIA CARMONA CANO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 39673616 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Soacha

Dirección calle 24#8-47 **Teléfonos** 3193669313 2563795

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EMELY YANNIEL GARZON CARMONA	1193537641	Hijo(a)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 4.342.500,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 4.342.500,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	488418731615	Bogota	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

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

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-feb-2021

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
GERARDO ALFONSO LOPEZ VERA	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	79219571

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-feb-2021

CIUDAD Y FECHA

Escaneado con CamScanner

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

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 16 de febrero de 2021

Cordialmente,

C.C.39.673.616

Escaneado con CamScanner

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

Cumplir con todos los lineamientos institucionales

Nombre: Angela carmona cano

Documento: 39673616

Cargo: auxiliar de enfermeria

Fecha: 16 de febrero 2021

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

El Colegio Bachillerato Técnico Comercial "Santa Ana"

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución No. 00903 del 3 de Julio de 1992

Confiere a:

Angela María Carmona Cano

Identificado con T.I. No. 760503-08565 de Soacha.

El Título de:

Bachiller Comercial

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

Rector

Secretario

Dado en Soacha a 7 de Dic de 1994.

Según Decreto No. 921 de Mayo 6 de 1994, este Diploma No requiere Registro ante la Secretaría de Educación.

Escaneado con CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo Nº 056 del 17 de Diciembre de 2003
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funciomamiento Nº 019 del 7 de mayo de 2004
emanada de la Secretaría de Educación de Soacha (Cundinamarca)

CERTIFICA

QUE: *Angela María Carmona Cano*

Cursó y aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley.
Con una intensidad de 1800 horas.

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Técnico

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Representante Legal
ESCUELA
TERESA DE CALCUTA

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

ROSMY ANDREA CUADROS GERENA
Directora Académica

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los 23 días del mes de junio de 2006
Anotado en el Folio 125 del Libro 1 del registro de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta

21-diciembre-2006
25 y 29

Escaneado con CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

ANGELA MARIA CARMONA CANO

Con Cedula de Ciudadania No. 39673616

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

SALUD PUBLICA

En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Soacha. a los diez (10) dias del mes de septiembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO
Subdirector (E) CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA
REGIONAL CUNDINAMARCA

50359714 - 10/09/2019
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9232001602225CC39673616C.

Escaneado con CamScanner

Acta de Grado

COLEGIO BACHILLERATO TECNICO COMERCIAL

" Santa ana "

Carrera 7 No. 5-48 • Tel.: 747 21 98
Soacha- Cundinamarca

Inscripción Icfes 065728 Inscripción Dane 111100141763

En la Ciudad de Soacha, a los siete (7) días del mes de Diciembre de mil novecientos noventa y cuatro (1.994), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario Académico en la Rectoría del **Colegio Bachillerato Técnico Comercial "SANTA ANA"** Institución Educativa Departamental, aprobada por Resolución No. 00903 del 3 de Julio de 1992.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Título de Bachiller Comercial al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Carmona Cano Angela María

T.I. 760503-08355 de Soacha

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 012 del 7 de Diciembre de 1.994, *que consta de 31 alumnos graduados; comienza con el nombre de* Arévalo Callejas Jeisón Camilo y cierra con el nombre de Zapata Rojas Jorge Daniel

Firmada por María Clemencia Sánchez Joya (Rector) y Elsa Luisa Sánchez Lombana

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981. No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994.

Dada en Soacha, a los siete (7) días del mes de Diciembre de 1994.

María Clemencia Sánchez Joya
Rectora
C.C. No. 41.220.265 de Bogotá

Elsa Luisa Sánchez Lombana
Secretaria
C.C. No. 51.687.507 de Bogotá

Escaneado con CamScanner

ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de mayo de 2004, Emanada de la Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca).

ACTA GENERAL N° 004

En Soacha (Cundinamarca) el día 23 de junio del año 2006,
se reunieron en el aula multiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta,
la Representante Legal, la Directora General, La Directora Académica y el cuerpo de docentes.
Previo juramento de rigor se le hizo entrega a:

ACTA INDIVIDUAL N° 125

Angela María Carmona Cano

C.C. 39.673.616 de Soacha (Cundinamarca)

El Certificado que lo(a) acredita como:

APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley

Para constancia se firma la presente en Soacha, (Cundinamarca)
a los 23 días del mes de Junio del año 2006

Representante Legal
ESCUELA
TERESA DE CALCUTA

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

ROSMY ANDREA CUADROS GERENA
Directora Académica

Cra. 7 N° 16-35 Tel.: 781 40 19 SOACHA (CUNDINAMARCA)

Escaneado con CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de salud teresa de calcuta.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo. Angela maria camargo cano 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:

Auxiliar de enfermeria.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 39673616

Tarjeta profesional No: 39673616

Dirección de contacto: calle 24 # 8-47

Teléfono: 319 366 9313.

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.673.616**

CARMONA CANO

APELLIDOS

ANGELA MARIA

NOMBRES

Angela M Carmona C

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAY-1976**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-OCT-1995 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1524706-00250896-F-0039673616-20100819 0023483786A 1 34281929

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14501702997

(415)7707212489984(8020) 000001450170299 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 6 7 3 6 1 6	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 6 7 3 6 1 6	1 9 9 5 1 0 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARMONA	CANO	ANGELA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 25 A 8 16 BRR LA AMISTAD

42. Correo electrónico: emelyanniel@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 3 6 6 9 3 1 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
45. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	1 9 9 5 0 2 0 1	8 6 9 9	1 9 9 5 0 2 0 1				2 2 2 4	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros		Exportadores					
54. Código		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
				57. Modo			
				58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 02 - 26

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CARMONA CANO ANGELA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 18-11-2020 03:14:02PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14501702997

(415)7707212489984(8020) 000001450170299 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 9 6 7 3 6 1 6	6	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 6 7 3 6 1 6	1 9 9 5 1 0 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARMONA	CANO	ANGELA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 25 A 8 16 BRR LA AMISTAD

42. Correo electrónico: emelyanniel@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 3 6 6 9 3 1 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	1 9 9 5 0 2 0 1	8 6 9 9	1 9 9 5 0 2 0 1		2 2 2 4	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

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

Exportadores				
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 02 - 26

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CARMONA CANO ANGELA MARIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 18-11-2020 03:14:02PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:16/02/2021

CONTRIBUYENTE	C.C. 39673616	ANGELA MARIA CARMONA CANO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: Teléfonos:

Dirección electrónica: emelyanniel@hotmail.com Ciudad: Municipio:

Fecha de Inscripción: NO REGISTRA Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1:

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Escaneado con CamScanner

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



ANGELA MARIA

CARMONA CANO

C C o C E 39673616

Secretaría de SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedido 19/01/2007

Escaneado con CamScanner

RESOLUCION No. 25 4029 DE 2006

( )

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional"

LA SECRETARIA DE SALUD

en uso de sus facultades legales conferidas por la Resoluciones Nos.0285 de febrero 7 de 1989, 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **ANGELA MARIA CARMONA CANO**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No.39.673.616 DE SOACHA- CUNDINAMARCA**, solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, que le otorga **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA, SOACHA- CUNDINAMARCA, SEGUN ACTA GENERAL No. 004 Y ACTA INDIVIDUAL No. 125, DE FECHA 23 DE JUNIO DE 2006.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, conferido a **ANGELA MARIA CARMONA CANO**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía **No. 39.673.616 DE SOACHA-CUNDINAMARCA**, que le otorga **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA, SOACHA- CUNDINAMARCA, SEGUN ACTA GENERAL No. 004 Y ACTA INDIVIDUAL No. 125, DE FECHA 23 DE JUNIO DE 2006.**

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá D. C., a los

NUVIA CASTAÑEDA GONZALEZ

Vo.Bo. MARIA ISABEL SERRANO RANGEL
Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos

Vo.Bo. ADRIANA MARCELA GAITAN RODRIGUEZ
Dirección Desarrollo de Servicios

Consuelo E. Bo Lázaro.

Escaneado con CamScanner

SISPRO

Principal

SIDAN- SI Estandares de Medicam

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES

Sistema Integral de Información de la Protección Social

ReTHUS

A continuación se presenta la información de su registro en ReTHUS.

Datos Personales y de Identificación:

Fecha de Consulta : 2021-02-16 6:28:39 PM

Tipo de Identificación : CC **Número de Identificación : 39673616** **Primer Apellido: CARMONA**

Segundo Apellido: CANO **Primer Nombre: AGELA** **SegundoNombre: MARIA**

Información Académica

Tipo Programa	Origen	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportante
AUXE	1-Local	NO DISPONIBLE	2008-02-27	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Información Sanciones

No reporta sanciones ético disciplinarias impuestas por los tribunales de las respectivas profesiones.

NOTA: Esta no es una certificación, sino la presentación de la información reportada por las entidades obligadas de acuerdo a la Resolución 3030 de 2014.
La información dispuesta en esta consulta 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.).
Para mayor información le invitamos a consultar el ABECÉ del ReTHUS

Cerrar

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2	10-05-2018	225[illegible]	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

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

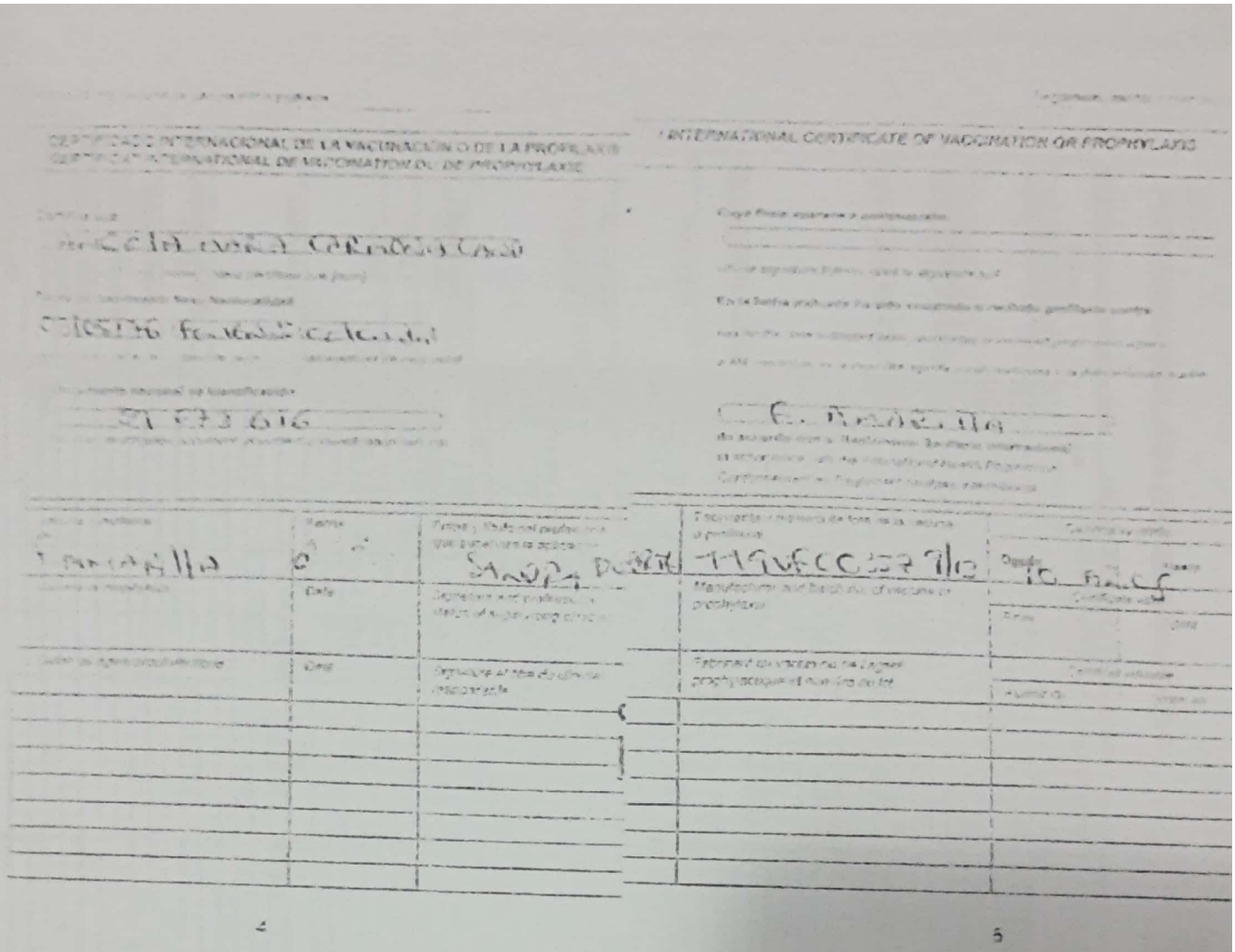
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	[illegible]	-	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

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

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

Escaneado con CamScanner



TIPO DE BIOLOGICO	DOSIS								OBSERVACIONES
	1a. ó Unica		2a		3a		Refuerzo		
	Fecha Vacuna	FECHA		FECHA		FECHA		
		Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	
B.C.G.		X	X	X	X	X	X	
D.P.T.								
POLIO								
Hepatitis B						X	X	
Haemophilus Influenzae (Hib)						X	X	
Triple Viral		X	X	X	X			
T.D.								
Otra								

Escaneado con CamScanner

PAI

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

GOBIERNO DE COLOMBIA — MINSALUD

NOMBRE: Angela Maria Carmona Cano NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 39673616

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION DD	MM	YYYY	NUMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA DD	MM	YYYY	NOMBRE DE VACUNADOR
Influenza estacional Mujeres gestantes a partir de la semana 14	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Tétanos, difteria reducida, B. pertussis acelular (TdaP) Mujeres gestantes a partir de la semana 20	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Toxoide tetánico y diftérico (Td)	Primera dosis	8	1	2019	2215020160	Biosprint S Limited	SOACHA IPS CAFAM	8	1	2019	ESE HUMANIZARSE
	Segunda dosis	10	5	2019	2219015170	Biosprint S Limited	SOACHA PUESTO DE SALUD LUIS CARLOS GALAN	10	11	2019	Sandra Duran
	Tercera dosis	8	9	2020	233EX004AE	Sanofi	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE COMPARTIR	8	9	2020	Ese Municipal Soacha
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Refuerzo 1										
	Refuerzo 2										
	Refuerzo 3										
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
Rabia Humana	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
Suero antirrábico	Primera dosis										
	Refuerzo										
DPT Acelular	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Primer Refuerzo										
	Segundo Refuerzo										
Fiebre Amarilla	Unica										
Fiebre tifoidea	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis A	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis B	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Refuerzo										
	Adicional										
Influenza estacional	Primera	10	5	2019	T3884	SANOFI	SOACHA PUESTO DE SALUD LUIS CARLOS GALAN	10	11	2019	Sandra Duran
	Segunda dosis	8	6	2020	V502220021	Green Cross	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE COMPARTIR	8	9	2020	Ese Municipal Soacha
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
Anti tuberculosis (BCG)	Unica										
Triple viral	Unica										
	Refuerzo										
Sarampión y Rubeola	Primera dosis										
	Refuerzo										
Meningococo Conjugado	Primera										
	Segunda										
Meningococo Polisacárido	Unica										
Neumo Conjugado	Unica										
Neumococo Polisacárido	Primera dosis										
	Refuerzo										
Hepatitis Aviar	Unica										
Cólera	Unica										
Toxoide Tetánico	Primera										
	Segunda										

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.

901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso
SALUD



Fecha: 19/Nov/2020, **Hora:** 08:43:23 a.m.
Apellido: CARMONA CANO **Nombre:** ANGELA MARIA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39673616
Empresa: Particular
Cargo: ENFERMERA AUXILIAR
Lugar:
Direccion: CALLE 25A #8-16
Telefono: **Celular:** 3193669313 **Email:** **Estado Civil:** Separado

HC: # 20721
Edad: 44 años
Sexo: Femenino
Nacim: 03/May/1976
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular

Concepto

Apto con recomendaciones

Recomendaciones

Uso adecuado de EPP
Emplear Pausas Activas
Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo
Otras: *CONTINUAR CONTROL PREVENTIVO SOBRE EL COVID 19.
*EVITAR EXCEDER HORAS REGLAMENTARIAS PAUTADAS POR LA EMPRESA.
*EVITAR AGLOMERACIONES.
*ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABON O USAR ALCOHOL DE 70%. Y EVITAR LLEVAR LAS MANOS A LOS OJOS.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN SEGÚN SU FUNCIÓN LABORAR (OBLIGATORIO TAPA BOCA)
*MANTENER CUIDADOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN CASA.
* USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
* DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORÍAS, GRASAS Y HARINAS.
* EJERCICIO CARDIOVASCULAR 45 MINUTOS MÍNIMO 3 VECES POR SEMANAS.
* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SINTOMAS DE INFECCION RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Yuli Alexandra Alape Tapiero

YULI ALEXANDRA ALAPE TAPIERO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
Lic. de S.O #: 251434
Registro #: 151380

ANGELA MARIA CARMONA CANO
C.C. 39673616

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

CODIGO DE VERIFICACION 1268



CERTIFICA QUE:

ANGELA MARIA CARMONA CANO

C.C. 39.673.616

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de **ATENCION A PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL** con una intensidad horaria de cuarenta **(40)** horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C 24 DE OCTUBRE DE 2020

Academia de Capacitaciones

NIT. 1110 543 709-3

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA 78 F # 39A 45 SUR PISO 1 OFICINA 303 KENNEDY CENTRAL
Y
angelesdelasalud@hotmail.com
DIRECCION WEB www.angelesdelasalud.co

VIGENCIA OCTUBRE 2022

Escaneado con CamScanner

CODIGO DE VERIFICACION 3167



CERTIFICA QUE:

ANGELA MARIA CARMONA CANO

C.C. 39.673.616

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de **SOPORTE VITAL BASICO (BLS) CON ENFASIS EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO O SOSPECHOSO DE COVID-19** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C 23 DE OCTUBRE DE 2020

Academia de Capacitaciones

NIT. 1110 543 709-3

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:	16/02/2021	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CARMONA	CANO	ANGELA	MARIA

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
CC X	CE	RC	NUIP	39.673.616	SOACHA	CUND/CA	26/10/1995
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO		

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
03/05/1976	MEDELLIN	ANTIOQUIA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DEVORCIADO(A)	UNION LIBRE X	VIUDO(A)		1	3193669313

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)						PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA X	BACHILLER X	TECNICO X	TECNOLOGO	CUAL:		
UNIVERSITARIO	POSTGRADO	MAGISTER	OTRO			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 24#8-47	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	2563795

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
emelyanniel@hotamil.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VERA	LOPEZ	GERARDO	ALFONSO

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
CC X	CE	RC	NUIP	79.219.571	SOACHA	CUNDINAMARCA	07/11/2000	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO		NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA						CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
	SI		IVA	SI		NO X		
	NO X		ICA	SI		NO X	PRINCIPAL:	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO X	AGENTE RETENEDOR	SI		AGENTE AUTORETENEDOR	SI	
				NO	X		NO	X

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD	ENERGIA	ALIMENTOS

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐	

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
	3 192 932 094	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	0	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LOPEZ	DUQUE	LUZ	STELLA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 13B#6-48 ESTE	SOACHA	SUEGRA	3133275302

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS	488418731615	OFICINA TERREROS	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☒	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. 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.):

Honorarios Auxiliar enfermería

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)
3. No admitire que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la 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, 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.

10. 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 legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
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 ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, 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 Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES 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 los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requerirla de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos 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, telefono 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la 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) Envió 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.

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y 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 adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, 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 capitulo XI del Titulo 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 mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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 344 44 84 , e-mail sarlaft@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.

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

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

11. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA				**13. VERIFICACION DE LA INFORMACION**			
1.Fecha y Hora:		**2. Ciudad**		**1. Fecha y Hora:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario Subred				**3. Nombre y Cargo (Contraparte)**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y No Cédula:**			
7. Firma y Cédula				**7. Nombre Apellidos Funcionario Subred**			
8. Proceso Responsable Subred				**8. Proceso Responsable Subred**			

Escaneado con CamScanner

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) **ANGELA MARIA CARMONA CANO** identificado(a) con CC 39673616 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**23/01/2001**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM SOACHA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 15 días del mes de mayo del año 2020.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGELA MARIA CARMONA CANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.673.616**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Enero del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Escaneado con CamScanner

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

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

39,673,616	POSITIVA
Numero de Documento	ARL

ANGELA	MARIA	CARMONA	CANO
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

03 DE MAYO DE 1976	MEDELLIN ANTIOQUIA	CALLE 24#8-47	256 37 95
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

CAFAM FAMISANAR	PORVENIR	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

emelyanniel@hotmail.com	319 366 93 13
Correo Electrónico	Celular

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 159575397

WEB
13:06:00

Bogotá DC, 27 de enero del 2021

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) ANGELA MARIA CARMONA CANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39673616:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Escaneado con CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 27 de enero de 2021, a las 13:06:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	39673616
Código de Verificación	39673616210127130658

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Escaneado con CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4173488

Bogotá D.C., 27 de Enero de 2021 - 13:07 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) **ANGELA MARIA CARMONA CANO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS DIECISEIS** de SOACHA

39673616

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez 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: 1_1CMFI_0713
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Escaneado con CamScanner

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:08:55 horas del 27/01/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **39673616**

Apellidos y Nombres: **CARMONA CANO ANGELA MARIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

Escaneado con CamScanner

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

21/01/2021

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

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ANGELA MARIA CARMONA CANO** con **Cédula de Ciudadanía** número **39673616**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488418731615**
Fecha de apertura	**21/01/2021**

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0023 - OFICINA TERREROS

BANCO DAVIVIENDA

Escaneado con CamScanner