



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 16:18:28

ANGELICA MARIA OS...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

Id de página:: [14005969](#) [Ayuda](#)

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Últimas modificaciones [Todos los usuarios](#) [Activo](#)

[Crear](#)

Búsqueda de usuarios

[Buscar](#)

[\(Búsqueda avanzada\)](#)

Últimas modificaciones

<u>Nombre</u>	<u>Correo electrónico</u>	<u>Fecha de registro</u>	<u>Acceso a la cuenta</u>	<u>Última actualización de estado</u>	<u>Usuario</u>
ANGELICA MARIA OSPINA REYES	angelicaospina04@gmail.com	15/12/2017 04:42:40 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado	15/12/2017 05:13:56 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Activo Editar Detalle

OPCIONES

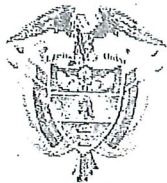
- Crear usuarios
- Aceptar acceso
- Rechazar acceso
- Cancelar acceso
- Revertir rechazo del acceso

VER

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

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible.



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 <u>Ospina</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CAÑADA) <u>Rojas</u>	NOMBRES <u>Angelina Maria</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ G.E. ☐ PAS ☐ No. <u>39572050</u>		SEXO F ☒ M ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ <u>Colombia</u>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>17</u> MES <u>11</u> AÑO <u>1975</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>El Algodor</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CRA 72 N° 55-13 Miramonte 2do Sector</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>3197949029</u> EMAIL <u>angelinaospina04@gmail.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachillerato Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>11</u> AÑO <u>1994</u>	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		Enfermería	06	2009	23446

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 <i>Subiro Centro oriente</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bojoté</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>acajob207@gmail.com</i>	
TELÉFONOS <i>3444484</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>21</i> MES <i>08</i> AÑO <i>2017</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2018</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Grifamano</i>	DEPENDENCIA <i>Equipo Público</i>	DIRECCIÓN <i>D934 N° 5-43</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Rafael Uribe Uribe</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bojoté</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>18</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2010</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2012</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Profesional de apoyo</i>	DEPENDENCIA <i>Comp. Vigilancia en Salud Pública</i>	DIRECCIÓN <i>Kr 122 26A - 62 sur</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Alcaldía de Flandes</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Tolima</i>	MUNICIPIO <i>Flandes</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>alcaldiaflandes@gmail.com</i>	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>12</i> MES <i>04</i> AÑO <i>2012</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2012</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Coordinador de Salud Pública</i>	DEPENDENCIA <i>Secretaría de Salud</i>	DIRECCIÓN <i>CRA 7N° 4-843 / maniz</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA.
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	3

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 Boyacá - 26 Mayo 2018

Angelina Ospina Reyn.

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.

Boyacá - 26 Mayo 2018
Ciudad y fecha

Angelina Ospina Reyn.
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



**Departamento
Administrativo
de la Función
Pública**

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Amplia Maria Ospina Páez

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☒ 2 OTRO ☐ 3 No. 39572050 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN Km 72 N° 55-13 Normandía 1er Sector TELÉFONOS 3197949029

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Cundinamarca PAÍS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Juan Pablo Ospina Páez	1108452092	hijo

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	\$ 8.400.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	\$ 8.400.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Avalla	Cuenta Ahorro	460921104	GILBERTO	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

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

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

Angelina María Bana Rayn
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá 26 Mayo 2018
CIUDAD Y FECHA



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A.

Decreto Presidencial No. 7791 - de Mayo de 1983 - Resolución No. 4977 del 29 de diciembre de 2004 - Ministerio de Educación Nacional

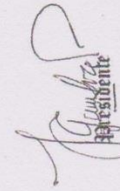
Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

Angélica María Espina Reyes
c.c. 39'572.050 de Girardol

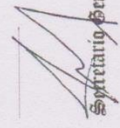
Aprobó los Estudios Programados por la Universidad y cumplió los requisitos exigidos por los Estatutos y la Ley, para un Programa de Formación universitaria le confiere el título de:

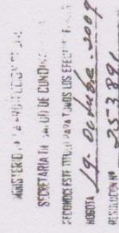
Enfermera

En testimonio de lo anterior se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá, D.C., República de Colombia, julio 30 de 2009


Presidente


Rector


Secretario General

ASEGURADO: 
SEPTIEMBRE 14 DE 2009
FOTOCOPIA DEL ORIGINAL PARA LOS EFECTOS DE LA LEY
FOLIO 19 de 19 de 2009
RESOLUCIÓN No. 253891

Diploma No. 5357
Registrado al Folio No. 29
Del Libro de Diplomas No. 229: 4264-0
Fecha 30/11/09



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
ACTA DE GRADO
No. 5357
2-29-4264-0**

En la ciudad de Bogotá, el día 30 de Julio de 2009, se llevó a cabo el Acto de Graduación, presidido por los Doctores C® Hugo Gamboa Ramírez, Presidente, Germán Anzola Montero, Rector y Adalberto Machado Amador Secretario General; en el cual la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ENFERMERA

A: ANGELICA MARIA OSPINA REYES

Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 39.572.050 de Girardot, quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales y le otorgó el Diploma que lo acredita como tal.

La Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, está autorizada para conferir este título según lo establecido en el Artículo 18 de la Ley 30 de 1992.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Bogotá, el 30 de Julio de 2009.

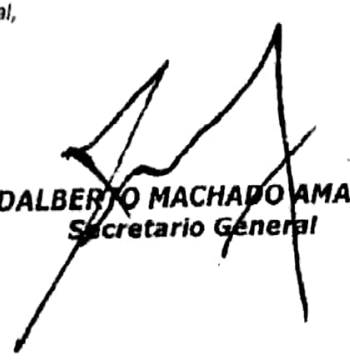
Firmado por:

GERMAN ANZOLA MONTERO
Rector

ADALBERTO MACHADO AMADOR
Secretario General

CARLOS ADOLFO ARENAS C.
Vice-Rector Académica

Es fiel copia tomado del original,


ADALBERTO MACHADO AMADOR
Secretario General

Bogotá D.C

Señores:

Subred Centro Oriente
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Angelica Maria Ospina Reyes 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:

Enfermera

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Angelica Maria Ospina Reyes

No. de documento:

39572050

Tarjeta profesional No:

23446

Dirección de contacto:

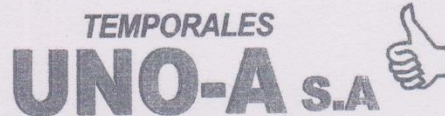
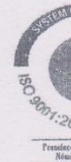
CRA 72 N° 15-11 Ndamandu

Teléfono:

3197949029

[Regresar](#)

1 / 1

**CERTIFICACION**

Por medio de la presente me permito certificar que la señora OSPINA REYES ANGELICA I identificada con Cédula de Ciudadanía No. 39.572.050 de GIRARDOT, laboró en misión p usuario en servicio HOSPITAL RAFAEL URIBE - HRUU - COMP.VIG SAL.PUB.K07L, desc día 9 de marzo de 2011 hasta el día 30 de enero de 2012 desempeñando el cargo de PROFESIONAL, con un salario de \$1,500,000.00 Mcte

Adicionalmente el empleado registra un historial de contratos así:

Desde el día 18 de enero de 2010, hasta el 30 de diciembre de 2010, en

Desde el día 5 de enero de 2011, hasta el 8 de marzo de 2011, en HRUU - COMP.VIG S

Desde el día 9 de marzo de 2011, hasta el 30 de enero de 2012, en HRUU - COMP.VIG

Tipo de contrato firmado: Obra o Labor Contratada.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 15 días del mes de Marzo de 2012.



Nit. 800.100.055-6
SECRETARIA DE GOBIERNO Y
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Tolima
Municipio de Flandes
Alcaldía Municipal

LA OFICINA DE CONTRATACION Y TALENTO HUMANO

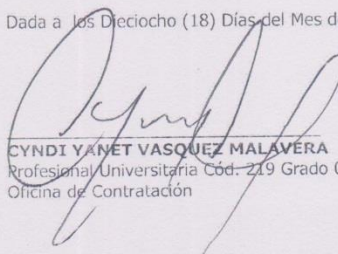
HACE CONSTAR:

Que revisado el archivo de esta oficina, se pudo verificar que entre el Municipio de Flandes y la señora María Angélica Ospina Reyes, identificada con la cédula de ciudadanía N° 39.572.050 Expedida en Girardot, celebró los siguientes contratos de prestación de servicios Profesionales:

- **Contrato de prestación de servicios : N° 94 Doce (12) de Abril de 2012**
Objeto: Servicios Profesionales para apoyo en la coordinación, ejecución e implementación de las actividades del plan territorial de salud pública en el municipio de Flandes Tolima
Duración: Seis (6) Meses.
Valor del contrato: Nueve Millones Seiscientos Mil pesos m/Cte. (\$9.600.000.00).
Denominación del cargo o empleo desempeñado: Contratista
Jornada laboral: En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales
- **Contrato de prestación de servicios : N° 167 Veintitrés (23) de Octubre de 2012**
Objeto: Servicios de apoyo y asesoría en coordinación del PSP del periodo comprendido del 23 Octubre al 30 de Diciembre de 2012
Duración: Sesenta y Ocho (68) Días.
Valor del contrato: Tres Millones Seiscientos Veintiséis Mil Seiscientos sesenta y seis pesos m/Cte. (\$3.626.666.00).
Denominación del cargo o empleo desempeñado: Contratista
Jornada laboral: En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales

La presente constancia se expide a solicitud del interesado y para los fines pertinentes.

Dada a los Dieciocho (18) Días del Mes de Febrero de 2014 en Flandes Tolima


CYNDI YANET VASQUEZ MALAVERA
Profesional Universitaria Cód. 219 Grado 04
Oficina de Contratación

"Flandes Renace con Prosperidad"

Carrera 8 con Calle 12 Esquina - Barrio Centro - Tels: 240 49 32 - 240 46 92 - Flandes - Tolima

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.572.050**

OSPINA REYES

APELLIDOS

ANGELICA MARIA

NOMBRES

Angelica Maria Ospina R

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-NOV-1975**
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

20-JUN-1994 GIRARDOT

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

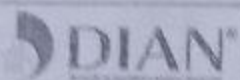


A-2905200-00552376-F-0039572050-20140304

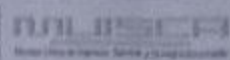
0037570273A 1

40810815

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal



001

3. Concepto: ☐ 0 ☒ 2 Actualización
Español relacionado para la DIAN

4. Número de formulario

14343578828



1415770721248995418020 600901434357882 8

5. Número de identificación Tributaria (NIT):
3 9 5 7 2 0 5 0

6. DV: 4

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Gracia

14. Buzón electrónico

8

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1

26. Número de identificación:

3 9 5 7 2 0 5 0

27. Fecha expedición:

1 9 9 4 0 6 2 0

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1

6

9

29. Departamento:

Cundinamarca

2

5

2

7

30. Ciudad/Municipio:

Granota

3

0

7

31. Primer apellido:

OSPINA

32. Segundo apellido:

REYES

33. Primer nombre:

ANGELICA

34. Otros nombres:

MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1

6

9

39. Departamento:

Tolima

7

3

40. Ciudad/Municipio:

Flamides

2

7

5

41. Dirección principal

CR 13 A 6 21 BRR SAN LUIS

42. Correo electrónico:

angelicaospina04@outlook.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 7 5 5 4 7 8 4 5

45. Teléfono 2:

2 4 0 4 2 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 0 0 1 1 5

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

2 2 2 4

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20. Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☒ NO ☐

60. No. de folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 5 0 7 1 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013.
Firma del solicitante:

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

984. Nombre ESTEBAN RINCON TANIA SIDDHARTHA
985. Cargo Gestor I

CONTRIBUYENTE NIT 39572050-4 ANGELICA MARIA OSPINA REYES

Información General

Dirección KR 13A 6 21

Teléfonos 3175547845 / 2404222

Dirección electrónica angelicaospina04@outlook.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 08/08/2017

Soporte Inscripción 23305072

Fecha Inicio Actividades 15/01/2010

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO
TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE
PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS
ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE
NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS
QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002815428

Fuente ICA TE TOCA

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)

Angelica Maria Ospina Reyes

REGISTRADO

NOMBRE **ANGELICA MARIA OSPINA REYES**

C.C. **39.572.050 GIRARDOT**

UNIVERSIDAD **DE CIENC. APLICAD. Y AMBIENTAL.**

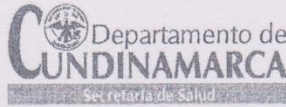
RUN No. **257785**
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO

11/DIC/2009

FECHA DE
ACTUALIZACION
DATOS

11/DIC/2019



RESOLUCIÓN No. 25 **3891** DE 2009
(19 OCT. 2009)

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional".

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos Nos. 3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que **ANGELICA MARIA OSPINA REYES**, identificado (a) con cédula de ciudadanía **No.39.572.050 DE GIRARDOT- CUNDINAMARCA**, ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **ENFERMERA**, TITULO que le Otorgó **LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES- U.D.C.A., DE BOGOTA, D.C., SEGÚN ACTA DE GRADO No.5357, DE FECHA 30 DE JULIO DE 2009.**

Que dicho título se encuentra debidamente registrado **AL FOLIO No.29, DEL LIBRO DE DIPLOMAS No.2-29-4264-O, DIPLOMA No.5357, DEL 30 DE JULIO DE 2009, POR LA SECRETARIA DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES- U.D.C.A., DE BOGOTA, D.C.**

Que el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, mediante Acuerdo No.002 del 30 de junio de 2009, aprobó la realización de un Sorteo para la adjudicación de Plazas de Servicio Social Obligatorio, para profesionales egresados de los programas universitarios en **Bacteriología, Enfermería y Odontología**, Sorteo que fue delegado en las Direcciones Departamentales de Salud.

Que el Sorteo se llevó a cabo en las Instalaciones de la Gobernación de Cundinamarca, el 28 de agosto de 2009, a las 09:00 a.m.

Que **ANGELICA MARIA OSPINA REYES**, participó en el Sorteo antes indicado y **no** salió favorecido (a), en la adjudicación de Plaza para el Servicio Social Obligatorio, por consiguiente procede a autorizar el ejercicio de su Profesión.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **ANGELICA MARIA OSPINA REYES**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.39.572.050 DE GIRARDOT- CUNDINAMARCA**, para ejercer la profesión como **ENFERMERA**, en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los

19 OCT. 2009

ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

Vo.Bo. DR. CARLOS ARTURO HURTADO MEDINA
Jefe Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos (E)

Vo.Bo. DR. GONZALO GUSTAVO LEAL PAEZ
Director Desarrollo de Servicios

Proyectó: Alcira Romero

CUNDINAMARCA
corazón de Colombia

Sede Administrativa - Calle 26 47-73 Torre de Salud Piso 6 Bogotá, D.C.
Tel. 091- 426 04 12 / 04 13 Fax 426 18 82
www.cundinamarca.gov.co

3841

g mail - x

M Fwd: RV x

Hojas d x

G RIT - Bu x

Inscripc x

G rethus - x

ReTHUS x

Profesic x

← → ↻

No es seguro | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

☆ ⋮

Aplicaciones

http://www.google.co

https://www.google.c

(1) Facebook

OSPINA REYES ...Estu

Actividad 4 - Parcial 1

Google

»

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

39572050

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	39572050	ANGELICA	MARIA	OSPINA	REYES	Ver

angelica reuth.html ^

RIT CONTRIBUYEN....pdf ^

Mostrar todo X



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **ANGÉLICA MARÍA OSPINA REYES** identificada con la cédula de ciudadanía número 39.572.050, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veinticinco (25) días del mes de agosto del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Angelika Maria

Apellidos: Ospina Reyes

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 39572050

Fecha de Nacimiento: Día 17 Mes 11 Año 1975

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxide Tetánico Difterico Td	1	23-04-13	024400813	Diana
	2	23-05-13	024400813	Diana
	3	23-11-13	024100813	Diana
	4	23-11-14	024100912	Diana
	5			
Contra Hepatitis B	1	13-07-10	8C3202-0	Blanca
	2	14-08-10	862100-2	Blanca
	3	23-10-13	13WA12001	Diana
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	16.04.11	177VFC0302	Carlos
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano	HEPATITIS			
	23-08-15 A HAV679 SAA			Diana



Asistencia y Asesorías
Integrales en
Salud Ocupacional SAS
AISOCUPACIONAL

Nit. 900.595.056-1

Carrera 8 No. 19 - 32 Barrio Granada
Conmutador: (57)(1) 8351007 - Cel. 320 2310609
Girardot, Cundinamarca - Colombia
www.aisocupacional.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: ANGELICA MARIA OSPINA REYES
Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1975-11-17 Edad: 40 A
Dirección: SAN LUIS CRA 3A #6-21 FLANDES
Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión: PARTICULAR
Actividad económica:

Identificación: CC 39572050

Teléfono: 2404222



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Orden No.: 0016977

Fecha apertura: 20161011 10:40:46

Fecha cierre: 20161011 10:52:50

Realizado en: Girardot - Cundinamarca

Cargo u Oficio: ENFERMERA (O) jefe

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclinicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Pausas activas para espalda alta
Pausas activas para hombro
Pausas activas para muñecas

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio físico 30 minutos de
actividad intensa o 60 minutos de
actividad moderada

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Apto para desempeñar labor

Andrea Gacharna S

Andrea Gacharna S

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional

Nombre: ANDREA GACHARNA SARMIENTO

Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Licencia S.O.: 9251-09

Registro No.: 7375-04

Angelica Ospina

Firma del Paciente

Tipo y No. Id: CC 39572050



REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)

Angelica Maria Ospina Reyes



REGISTRADO

NOMBRE **ANGELICA MARIA OSPINA REYES**

C.C. **39.572.050 GIRARDOT**

UNIVERSIDAD **DE CIENC. APLICAD. Y AMBIENTAL.**

RUN No. **23446**
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO **11/DIC/2009**

FECHA DE
ACTUALIZACION
DATOS

11/DIC/2019

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación * Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía 39572050

Primer Nombre * Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	39572050	ANGELICA	MARIA	OSPINA	REYES	Ver



Asistencia y Asesorías
Integrales en
Salud Ocupacional SAS
ASOCUPACIONAL

Nº 900.695.058-1

Carrera 8 No. 18 - 32 Barrio Granada
Cortisador (57) 313 8061007 - Cel. 320 2310600
Girardot - Cundinamarca - Colombia
www.asocupacional.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: ANGELICA MARIA OSPINA REYES
Sexo: F Fecha de Nacimiento: 19/5/11-17 Edad: 46 A
Dirección: SAN JUAN DE LOS RIOS #6-21 FLANDRES
Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión: PARTICULAR
Actividad económica:

Identificación: CC 39572050

Teléfono: 2404222



EVALUACIÓN OCUPACIONAL REALIZADA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Orden No.: 0016977

Fecha apertura: 20161011 10:40:46

Fecha cierre: 20161011 10:52:50

Realizado en: Girardot - Cundinamarca

Cargo u Oficio: ENFERMERA (O) jefe

El presente informe que refleja realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1818 de 2009, la custodia y reserva de la
Nómina clínica ocupacional y en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de
quien los custodie. Este es un documento para uso interno de la empresa.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Paciente activo para realizar esta
Paciente activo para trabajar
Paciente activo para manejar

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio físico 30 minutos de
actividad intensa o 60 minutos de
actividad moderada

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Apto para desempeñar labor

San Juan de los Rios

Andrea Gacharna S

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional

Nombre: ANDREA GACHARNA SARMIENTO

Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Licencia S.O.: 9251-09

Registro No.: 7375-04

Angelica Ospina

Firma del Paciente

Tipo y No. Id: CC 39572050

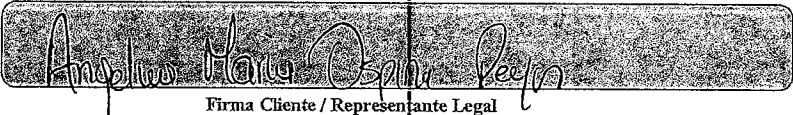
 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT		
FECHA: 31-05-18	CIUDAD: Bogotá	DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.		
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)		
PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☒
SERVIDOR PUBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL:
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL		
PRIMER APELLIDO: Ospina	SEGUNDO APELLIDO: Reyn	PRIMER NOMBRE: Angella
SEGUNDO NOMBRE: MARIA		
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	39572050	GIRARDO
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) 20-junio-1994
ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO: 17-11-75	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) GIRARDO	PAIS NACIMIENTO Colombia
NACIONALIDAD: Colombia	ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO
SOLTERO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐		NUMERO DE HIJOS 1
TELEFONO CELULAR 3197949029		
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA		
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER OTRO ☐	PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐	CUAL: Enfermera
DIRECCION RESIDENCIA: CEA 72 N= 55-13 Normal	CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá	DEPARTAMENTO: Cundinamarca
PAIS RESIDENCIA: Colombia	TELEFONO RESIDENCIA: 2686404	
CORREO ELECTRONICO: AngellaOspino04@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	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)
FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)		
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐
NACIONALIDAD:		
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:		
ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐	HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐
PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA.... ☐	CUAL:	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒
IVA	SI ☐ NO ☒	ICA
SI ☒ NO ☐		
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒
AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
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 ESE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		SI ☐ NO ☒	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐		TRANSPORTE ☐ COMERCIO ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		#NIT 900909051-7	
OTRA ☐ CUAL: X					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
Dg 34 N= 5-43		3444484		Bogotá	
CARGO ACTUAL		Enfermera		DEPARTAMENTO	
				Cundinamarca	
				PAIS	
				Colombia	
				FECHA VINCULACION	
				15-04-18	
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	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		TOTAL ACTIVOS	
2.800.000		950.000			
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
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	
Morales		Mundo		IDALMIS	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	
CRA 13N= 6-21		Florencia - Colombia		Amigo	
				TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
				3214733888	
7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
Av villa		Cuenta de Ahorro		460921104	
				SUCURSAL	
				OLKARROT	
				TELÉFONO	
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:					
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐					
CUAL: <input type="text"/>					
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.):					
Enfermera					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)					
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.					
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.					
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por 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.					
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.					

<div><div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div></div>	<div>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</div>	<div>CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</div>
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso,(Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.</p> <p>NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION 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		
<p>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 estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.</p> <p>2. Que conforme a los 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.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
AUTORIZACION		
<p>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.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>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.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>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 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) 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.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p>		
<p>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 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 adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la URAF, 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.</p> <p>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.</p> <p>5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran 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.</p> <p>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.</p>		
<p>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.</p> <p>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, transfiera, 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 <u>Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 y e-mail: sarlatia@subredcentrooriente.gov.co</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. <u>(INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)</u>.</p> <p>9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional</p>		

IX FIRMAYHUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Bogotá, Mayo 31 de 2018

Señora:
OSPINA REYES ANGELICA MARIA
CC. 39572050 CR 13A N 6A 21 SAN LUIS - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 30 de 2010. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CUPITRA RAMIREZ ASHLEY SOFIA	1023412270	R	Sep-4-2017	0	0	HIJO DE BENEFICIARIO	VIGENTE			Ninguna
CUPITRA RAMIREZ YESSICA LORENA	1024571418	C	Oct-19-2016	52	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ARIAS CUPITRA JOAN JULIAN	1024575574	R	Oct-19-2016	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CUPITRA RAMIREZ BRANDON ALEXIS	1069926002	C	May-29-2009	362	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Mar-2-2017	Desafiliado por novedad	Ninguna
OSPINA REYES JUAN PABLO	1108452092	T	Jul-30-2010	341	60	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CUPITRA LUIS HERNANDO	11321759	C	Feb-9-2009	375	0	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
OSPINA REYES ANGELICA MARIA	39572050	C	Jul-30-2010	338	53	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CUPITRA RAMIREZ JESSICA LORENA	96051202519	T	Oct-28-2005	25	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Nov-4-2006	Usuario Duplicado	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ANGELICA OSPINA	39572050	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
ANGELICA OSPINA	39572050	Trabajador Independiente	CERRADO
ANGELICA OSPINA	39572050	Trabajador Independiente	CERRADO
ANGELICA OSPINA	39572050	Trabajador Independiente	CERRADO
ANGELICA OSPINA	39572050	Trabajador Independiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	39572050	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	39572050	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	39572050	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	39572050	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación

SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGELICA MARIA OSPINA REYES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **39,572,050**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 31 días del mes de Mayo de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

39572050

Numero de Documento

Positiva de Seguros

ARL

Angelica

Primer Nombre

Maria

Segundo Nombre

Ospina

Primer Apellido

Reyes

Segundo Apellido

17 NOV/1975

F. Nacimiento dd/mm/aa

GIRARDOT

Ciudad de Nacimiento

CAIBAN 6-21

Dirección de Residencia

3197949029

Teléfono Fijo

Salud total

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 2.800.000

Honorarios

Enfermera

Escriba su perfil tecnico o profesión

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

angelicaospina04@yahoo.com

Correo Electrónico

3197949029

Celular

Angelica Ospina Reyes

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 110400476



WEB

06:38:51

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 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) ANGELICA MARIA OSPINA REYES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39572050:

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 miércoles 30 de mayo de 2018, a las 06:38:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	39572050
Código de Verificación	39572050180530063832

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., 30 de Mayo de 2018 - 6:38 am

**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) **ANGELICA MARIA OSPINA REYES**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL CINCUENTA** de GIRARDOT

39572050

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_BZZY_386**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:37:52 horas del 30/05/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **39572050**

Apellidos y Nombres: **OSPINA REYES ANGELICA MARIA**

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.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de
lunes a viernes de 8:00 am -
12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al
Ciudadano - Bogotá D.C.
(571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910
112
Requerimientos ciudadanos
24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.

**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**

NIT 860035827 - 5

CRA 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C

CERTIFICA:

Que **ANGELICA MARIA OSPINA REYES** identificado con el documento No. **39.572.050**
posee en la oficina **GIRARDOT** (**460**) una cuenta de ahorros
No. **460921104** desde el **24 de Julio de 2014**

Se expide la presente a solicitud del interesado a los **11** días del mes de **Octubre** de **2016**

Atentamente,



Gerente Oficina Girardot

Esta certificación tiene un costo de \$ **9.010,00** , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1