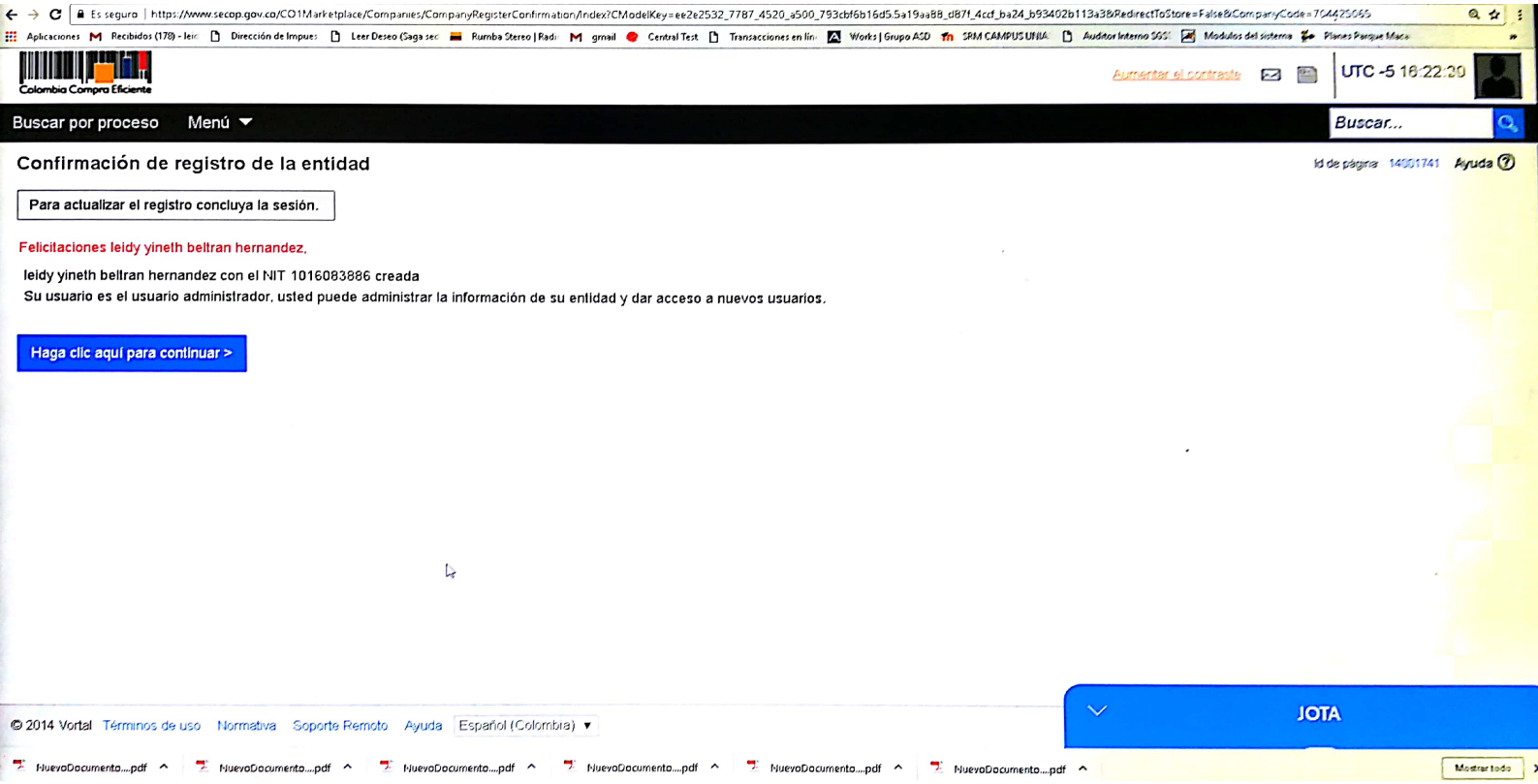


Scanned by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Beltran	Hernandez	leidy Vineth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1016083886

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 23 MES 02 AÑO 1996

PAÍS colombia

DEPTO cundinamarca

MUNICIPIO Bogota

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: cl 85 sur 91-91

PAÍS colombia DEPTO cundinamarca

MUNICIPIO Bogota

TELÉFONO 3002617208 EMAIL leidyvineth48@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o. X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X

TÍTULO OBTENIDO:

FECHA DE GRADO: MES 11 AÑO 2012

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

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

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred centro oriente ESE	X		colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 18 MES 05 AÑO 2018	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Digitadora.	Salud Pública	D6 39 sur 3-20 este

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Industrias texicor		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3004412724	DÍA 09 MES 02 AÑO 2016	DÍA 21 MES 03 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
asistente de RRHH	administrativo	cl 161a #20-77

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Procesos y Backoffice		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7432222	DÍA 15 MES 09 AÑO 2015	DÍA 30 MES 11 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
aux administrativa	administrativo	ave 93a - 29

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE San cristobal	X		colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2091480	DÍA 01 MES 08 AÑO 2014	DÍA 31 MES 07 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Digitadora	administrativo	cra 7a #300-44-54

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 6o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota 30 de mayo de 2018

Leidy Belton

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

Scanned by CamScanner

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 DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Leidy Yineth Beltran Hernandez

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 1068838886 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bosconia

DIRECCIÓN: cl85 sur 91-91 TELÉFONOS: 3007617708

MUNICIPIO: Bosconia DEPARTAMENTO: cundinamarca PAIS: colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Beato Hernandez arcos	39763708	madre
Rubenal Beltran	7986140	Padre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN [ ], PARA RETIRARME [ ], PARA ACTUALIZACIÓN [X], 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	13,200,000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	1,232,000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	14,432,000

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
Bancolombia	ahorros	93256214561	Noroccidental San antonio	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Vivienda	505-40429097	52.000.000

Scanned by CamScanner

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
cred familia	cuota	180.000

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 C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Leidy Beltran
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

01/06/2018 Bogota
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre
El Colegio

Germán Arciniegas

I.E.D

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C
Según Resolución de Aprobación Oficial Nº 161 del 24 de Enero de 2008.

Confiere a:

Leidy Yineth Beltrán Hernández

T.I. 960223-10191 de Ubate C/marca

El Título De:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994
según los planes y programas vigentes.

Sorangela Miranda Beltrán
CC Nº 52.403.[illegible] de Bogotá
Rectora

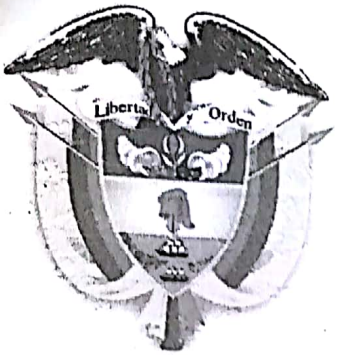
Yomaira Milena Cuadros Martínez
CC Nº 52.226.938 de Bogotá
Secretaria Académica

Libro de Registro Nº01
Acta General de Graduación 04 Folio 16

Dado en Bogotá D.C a los 27 días del mes de Noviembre de 2012

No requiere registro Según Decreto 921 del 6 de [illegible] de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

Scanned by CamScanner



Colegio Germán Arciniegas I.E.D

Bogotá D.C.

Dirección Carrera 88 I Nº 54 B - 44 Sur

Ciudad Bogotá D.C. Resolución Nº 161 del 24 de Enero de 2008

Jornada Tarde Inscripción DANE 111001107832 NIT 900211563-5

Acta Individual de Grado

En Bogotá D.C. a los 23 días del mes de Noviembre del año 2012, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria Académica en la Rectoría del COLEGIO GERMÁN ARCINIEGAS I.E.D.. Jornada Tarde . Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica, autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá para otorgar el titulo de BACHILLER ACADÉMICO Según Resolución Nº 161 del 24 de Enero de 2008.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

Leidy Yineth Beltrán Hernández

T.I 96022310191 de Ubate

Es fiel copia tomada del Acta General Nº 04 Libro Nº 01 de fecha 23 de Noviembre de 2012, que consta de 53 alumnos, que comienza con el nombre de ALVARADO GUERRERO INGRID TATIANA *y cierra con el nombre de* VILLAMIL SANTANA DARWIN EFREN.

Firmada por Sorangela Miranda Beltrán (Rectora) y Yomaira Milena Cuadros Martinez (Secretaria Académica).

Sorangela Miranda Beltrán
CC. 52.503.164 de Bogotá
Rectora

Yomaira Milena cuadros Martinez
CC.52.226.938 de Bogotá
Secretaria Académica

Dado en Bogotá D.C. a los días 27 días del mes de Noviembre de 2012

Libro de Registro Nº01 Acta General 04 Folio 16

No requiere registro Según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994.y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

Scanned by CamScanner

40987

EDUCACIÓN FUTURO
Formación para el Trabajo

Aprobación Oficial SED 5518 de 2004 - 1559 de 2006 - 13-0099 de 2010

compensar

Educación Futuro, Formación para el Trabajo
y Agencia de Colocación de Empleo de Compensar

Certifican que:

LEIDY YINETH BELTRÁN HERNÁNDEZ

C.C. No. 1016083886

Asistió a los talleres de Competitividad Laboral:

Proyecto de vida, Comunicación, Manejo del conflicto y habilidades de negociación, Trabajo en equipo y Toma de decisiones

Con una intensidad total de cuarenta (40) horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C., a los Veintiocho (28) días del mes de Agosto de dos mil quince (2015)

Dirección General

Coordinación Académica

Scanned by CamScanner

42145

EDUCACIÓN FUTURO
Formación para el Trabajo
Aprobación Oficial SED 5518 de 2004 - 1559 de 2006 - 13-0099 de 2010

compensar

Educación Futuro, Formación para el Trabajo
y Agencia de Colocación de Empleo de Compensar

Certifican que:

LEIDY YINETH BELTRÁN HERNÁNDEZ
C.C. No 1016083886

Asistió a los Talleres Clave:

Inteligencias para el trabajo y la vida, Habilidades lectoescritas, Planeación y manejo del tiempo, Uso de las TIC y Pensamiento lógico matemático

Con una intensidad total de cuarenta (40) horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C., a los Cuatro (4) días del Septiembre de dos mil quince (2015)

Dirección General

Coordinación Académica

Scanned by CamScanner

44761

EDUCACIÓN FUTURO
Formación para el Trabajo

Aprobación Oficial SED 5518 de 2004 - 1559 de 2006 - 13-0099 de 2010

compensar

Educación Futuro, Formación para el Trabajo y Agencia de Colocación de Empleo de Compensar

Certifican que:

LEIDY YINETH BELTRÁN HERNÁNDEZ

C.C. No. 1016083886

Participó y aprobó el Curso

SERVICIO A CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS

Con una intensidad de treinta (30) horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C., a los once (11) días del mes de Septiembre de dos mil quince (2015)

Dirección General

Coordinación Académica

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

UNIDAD DE INFORMÁTICA Y COMUNICACIONES

EL SUSCRITO JEFE DE LA UNIDAD DE INFORMÁTICA Y COMUNICACIONES INFORMA QUE:

LEIDY YINETH BELTRAN

Asistió y aprobó el curso SOFTWARE DE OFICINA Y FUNDAMENTOS DE SOFTWARE LIBRE, **el cual fue dictadó en las instalaciones de la** Unidad de Informática y Comunicaciones entre el 12-06-2010 y el 14-08-2010 con una duración de 40 horas

Dado en Bogotá D.C., el día 21 de Agosto de 2010

HENRY MARTINEZ SARMIENTO
JEFE DE UNIDAD DE INFORMATICA Y COMUNICACIONES

UNIDAD DE INFORMÁTICA Y COMUNICACIONES, EDIFICIO 310 OFICINAS 109,110,111,112
Teléfonos: 3165000 Ext 12301-12302-12303-12304-12343
e-mail: unlic_bog@unal.edu.co

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Institución academica German arciniegas
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Leidy Yineth Beltran Hernandez 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:

Bachiller academico
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Leidy Beltran

No. de documento: 1016083886

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: cl 85 sur # 91-91

Teléfono: 3007617708

Scanned by CamScanner

CERTIFICA

Que la señorita **LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ** con **C.C 101.683.886**, de Bogotá laboro en la empresa desde el 9 de Febrero 2016 hasta 21 de Marzo 2018 desempeñando el cargo de **Asistente Administrativo y Recursos Humanos** quedando a paz y salvo por todo concepto

La presente se expide a los 16 días del mes de Abril de 2018

COORDINADOR RRHH
MELANIA MONTES DE OCA
C.E. 17.334.154
TLF. 3004412724

Scanned by CamScanner

Procesos & Backoffice S.A.S.

PROCESOS Y BACKOFFICE S.A.S
Nit. No. 900.827.751-8

CERTIFICA

Que la señora **BELTRAN HERNANDEZ LEIDY YINETH** identificada con la cedula de ciudadanía No **1016083886** de Bogota laboró para la compañía desde el día 15 de Septiembre de 2015 hasta el 30 de Noviembre de 2015 durante su permanencia estuvo vinculada mediante un contrato por Obra o labor.

El último cargo desempeñado en la compañía fue de **AUXILIAR ADMINISTRATIVO.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado el día 02 de Diciembre de 2015.

Atentamente,

SERGIO GONZALEZ CARANTON
Gerente General

PROCESOS Y BACKOFFICE SAS
Nit. 900827751-8

Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1996**

CAPARRAPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

24-FEB-2014 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00559569-F-1016083886-20140401 0037795498A 2 42235349

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.016.083.886**

BELTRAN HERNANDEZ
APELLIDOS

LEIDY YINETH
NOMBRES



LEIDY BELTRAN
FIRMA

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 0 1 Inscripción
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14289837220

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1016083886 — 6. DV: 3

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1016083886	2014 02 24

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BELTRAN	HERNANDEZ	LEIDY	YINETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 58 A 89 44 SUR

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		3038611	

CLASIFICACION

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código: 8299	47. Fecha inicio actividad: 2014 04 26	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 12

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código:	55. Forma / 56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 2

61. Fecha: 2014 04 26

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:

LEIDY BELTRAN

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

984. Nombre: TURRIAGO POSADA DANIEL ENRIQUE

985. Cargo: Analista II

Fecha generación documento PDF: 26-04-2014 11:17:25

DOCUMENTO NO VALIDADO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 04-05-2018
Hora: 10:16:02 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1016083886-3 LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ

Información General

Dirección CL 58A 89 44 SUR

Teléfonos 3038611

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/05/2018

Soporte Inscripción 23426627

Fecha Inicio Actividades 26/04/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002859927

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 4-may-2018 **HORA** 11:04:38
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Leidy Yineth Beltran Hernandez
Edad 22 años 2 meses 12 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1016083886
Cargo DIGITADORA

RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones MEDICINA PREVENTIVA: 1/ Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2. / Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 3/ Hábitos alimenticios saludables, comer a horarios. 4/ Pausas activas generalizadas de predominio en manos con el fin de disminuir el estrés, la fatiga y el cansancio originados por los movimientos repetitivos y posiciones prolongadas. 5/ Pausas visuales cada 3 horas si está expuesto a permanecer prolongadamente frente a un equipo de cómputo AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS: MEDICO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR: Normal REMISION A EPS?: NO

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Aptitud Especifica:

- ☐ vehículos pesados
- ☐ Equipos móviles de superficie
- ☐ Manejo de sustancias peligrosas
- ☐ Manejo de materiales fundidos
- ☐ Guardas de equipos
- ☐ Aislamiento y/o inmersión
- ☐ Trabajos de altura
- ☐ Operaciones de levante y manipulación de carga
- ☐ Manipulación de alimentos

Tipo de Restriciones:

- ☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas
- ☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas
- ☐ Ruido por encima de 85 db
- ☐ Trabajos por turnos
- ☐ Exposición a la luz solar directa
- ☐ Exposición a material particulado y/o gases
- ☐ Exposición a radiacón ionizante
- ☐ Trabajos en espacios confinados
- ☐ Posición sedente o bípeda prolongada
- ☐ Subir y bajar escaleras
- ☐ Movimientos repititivos
- ☐ Vibración
- ☐ Manipulación de cargas
- ☐ Tareas de agarre
- ☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
- ☐ Agacharse, ponerse en cunclillas o voltearse repetidamente
- ☐ Manipulación de alimentos

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Fabian S. Ramirez T. Medico y Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales RM N° 23176
FABIAN RAMIREZ TORRES MD C.C. 1013590019

Firma
Nombre: FABIAN SNAIDER RAMIREZ TORRES
RM. Lic.SO: 25-5205

Trabajador

Firma Leidy Beltran
Nombre: Leidy Yineth Beltran Hernandez
CC N° 1016083886

Huella

Scanned by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.**, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.**, me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclinico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son veridicas. Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por EL RESPONSABLE, garantizando asi el derecho a la intimidad y confidencialidad.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Trabajador:

Firma: Leidy Beltran

Nombre: Leidy Beltran Hernandez

CC No. 1016083886



Scanned by 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: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	2018-05-30	CIUDAD:	BOGOTA	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	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BELTRAN	HERNANDEZ	LEIDY	YINETH

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1016083886	BOGOTA	2014-02-24
PASAPORTE	OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1996-02-23	CAPARRAPI	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X VIUDO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE	0	0	3007617708

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL:	DIGITADOR
					X				

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 85 SUR 91 -91	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7743113

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
LEIDYYINETHB@GMAIL.COM		PROPIA X	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	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.....		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI NO X	8299	
		NO	ICA	SI X NO	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:	

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

Scanned by 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: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		# NIT
CO[ ] COMERCIAL [ ] SERVICIO [ ] SALUD [X]		900959051-7

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CL 22 SUR 8A 58	2091480 EXT 9120-9170	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	DIGITADORA	FECHA VINCULACION	2018-05-18

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		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 1.000.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 1.200.000	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES:	$ 0	CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 1.200.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.000.000	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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LEON	BERRIO	BRYAN	STEVEN
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CL 52 SUR 99 -72	BOGOTA	AMIGO	3164611880

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BAMCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	93256214561	SAN ANTONIO NOROCCIDENTAL	4242400

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

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 [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

DIGITADORA

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

Scanned by CamScanner

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion 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 dichas disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon 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 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 prestacion 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 tramite 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios tecnicos, estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfiacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio 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 tratamento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
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 haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definicion 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 Nacionalde 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, 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 ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se 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".

Scanned by 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: 02
FECHA: 2017-08-22

IX. 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Leidy Beltran

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice 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:		

Scanned by CamScanner

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ identificado(a) con cedula ciudadania 1.016.083.886 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180504	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Mayo de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
9638783

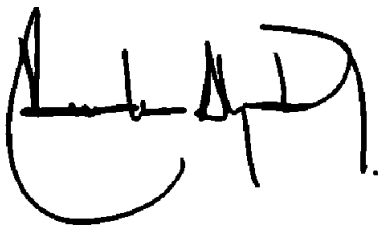
Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,016,083,886**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Mayo de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1016083886 — Numero de Documento	Bolivar — ARL

leidy — Primer Nombre	yineth — Segundo Nombre	Beltran — Primer Apellido	Hernandez — Segundo Apellido

23/02/1996 — F. Nacimiento dd/mm/aa	Caparapi (Cund.) — Ciudad de Nacimiento	Cl 85 sur 91-91 — Dirección de Residencia	7743113 — Teléfono Fijo

compensar — EPS - Salud	Porvenir — AFP - Pensiones	1.200.000 — Honorarios

Digitadora — Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

leidyyinethB@gmail.com — Correo Electrónico	3007617708 — Celular

leidy Beltran — Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110365336

WEB
12:17:01

Bogotá DC, 29 de mayo del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1016083886:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 29 de mayo de 2018, a las 12:12:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1016083886
Código de Verificación	1016083886180529121253

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

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2258395

Bogotá D.C., 29 de Mayo de 2018 - 12:14 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) **LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DIECISEIS MILLONES OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS** de BOGOTÁ, D.C.

1016083886

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.



MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 5_H58DJ_1412
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:19:22 horas del 29/05/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1016083886**

Apellidos y Nombres: **BELTRAN HERNANDEZ LEIDY YINETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

Scanned by CamScanner

Referencia Bancaria

Martes, 29 de Mayo de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ identificado(a) con CC 1016083886, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	93256214561	2016/02/27	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com