



Estimado (a) usuario (a)

Para completar el registro en SECOP II debe activar su cuenta.

Su nombre de usuario es: **MICHELLE1**

Por favor siga el enlace:

<https://community.secop.gov.co/Public/Users/ConfirmAccount/ConfirmAccount?ConfirmationGuid=565e1f1a-89a8-4315-9c6b-328d09022771&CompanyCode=&CompanyName=MICHELLE STEFHANIE HIGUERA QUEVEDO>

(si no puede hacer clic en el enlace cópielo y péguelo en la barra de direcciones de su navegador web).

El enlace lo lleva a la página de ingreso al SECOP II en la cual debe ingresar su usuario y contraseña establecidos en el registro.

Una vez inicie su sesión usted podrá:

- Solicitar asociar su usuario a Entidad Estatal/Proveedor;
- Registrar un Proveedor;
- Buscar Procesos de Contratación;
- Configurar sus áreas de intereses y buscar oportunidades de negocio;
- Administrar su información personal;
- Consultar la ayuda en línea y los manuales del SECOP II.



[Aumentar el contraste](#)

[Inicio](#) [Registro](#) [Buscar Proceso de](#) [Plan anual de adq](#)

Id de página:: [12004647](#) [Ayuda](#)

1. Registrar usuario ✓

2. Confirmar registro

3. Crear o solicitar acceso a una Entidad

CONFIRME SU CORREO ELECTRÓNICO

Hola Michelle Stefhanie Higuera Quevedo,

Para activar su cuenta, pulse en el link que ha sido enviado para su correo electrónico (michellehigueraquevedo@hotmail.com)



JOTA



Buscar por proceso Menú ▼

Confirmación de registro de la entidad

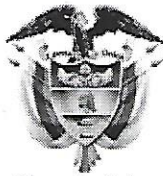
Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones MICHELLE STEFHANIE HIGUERA QUEVEDO,

michelle stefhanie higuera quevedo con el NIT 1030673367 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >



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 Higuera		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Duevedo		NOMBRES Michelle Stephanie	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1030673367		SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 05 MES 11 AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá MUNICIPIO Bogotá			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra 78 L # 42 A 11 Sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá MUNICIPIO Bogotá TELÉFONO 313 868 349 EMAIL Michelle.122009@Hotmail		

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES	AÑO	
									☒	11	2013	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
TC	4	☒		auxiliar en enfermería	12	2017	2641

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
Inglés		☒			☒			☒	
Portugues		☒				☒		☒	

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
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 ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
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	
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	
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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C. 19-06-2018


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



Departamento
Administrativo
de la Función
Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA				
1.1 DE BIENES Y RENTAS				
YO, <u>Michelle STEFFANIE Higuera Quevedo</u>				
IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. <u>1030673367</u> CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:				
DIRECCIÓN <u>Cra 78.L # 42 A 11 SUR</u>			TELÉFONOS <u>313 868 5649</u>	
MUNICIPIO <u>BOGOTÁ</u>		DEPARTAMENTO <u>BOGOTÁ</u>		PAÍS <u>Colombia.</u>
Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO
<u>MARIA XIMENA Quevedo</u>		<u>52314599</u>		<u>madre</u>
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				
OTROS INGRESOS Y RENTAS				
TOTAL				<u>0</u>
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
<u>banco vivienda</u>	<u>ahorro</u>	<u>008460377798</u>	<u>20 de julio.</u>	<u>0</u>
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 :

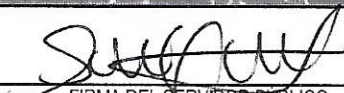
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA


 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

 Bogotá D.C. 19-06-2018
 CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre



PREDESALUD®
EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Debidamente autorizado por la Licencia de funcionamiento No 08-065 del 5 de Junio de 2017 de conformidad con el Acuerdo Ejecutivo No. 0061 del 24 de Abril de 2017 del Ministerio de Salud y Protección social y por la Resolución No. 08-0613 del 27 de Agosto de 2010 de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Confíere a:

Higuera Quevedo Michelle Stephanie

Identificada con C.C. No. 1.030.673.367 de Bogotá D.C.

El Certificado de:

Aptitud Ocupacional por Competencias

Por haber cursado y aprobado el programa de:

**Técnico Laboral en
Auxiliar en Enfermería**

Con una intensidad horaria de 1.800 Horas.

Bogotá D. C., 09 de Diciembre de 2017

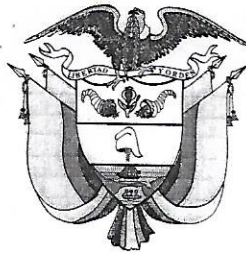
PREDESALUD®
EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
¡Su Progreso es Nuestro Compromiso!
RECTOR

Joselin Ardila González
Rector

PREDESALUD®
EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
¡Su Progreso es Nuestro Compromiso!
SECRETARIA ACADEMICA

María Lidia Pulido Roa
Secretaria Académica

La República de Colombia



El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Colegio Paulo VI
Institución Educativa Distrital

Jornada Mañana

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 2549 del 27 de Julio de 2000 y
Resolución de Unificación No. 2551 del 28 de Agosto de 2002

Confiere a :

Michelle Stephanie Figuera Quevedo

Identificado (a) con **C.I. No. 961105-22913** de **Bogotá**

El Título de

Bachiller Académico

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



Dado en **Bogotá, D.C.** a **27** de **Noviembre** del Año **2013**

Acta General de Graduación No. **010**

de Fecha **27** de **Noviembre** del Año **2013**


Rector (a)
José Benetrio Espinosa Hortúa


Secretario (a)
Dennis Herea



PREDESALUD®
EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Acta de Certificación No. 077

En la ciudad de Bogotá D.C., el día 09 de diciembre de 2017, se llevó a cabo el Acta de Certificación, presidida por el Doctor Joselín Ardila González, Rector de la Institución, en la cual PREDESALUD, Educación para el trabajo y el Desarrollo humano, debidamente autorizado por la Licencia de funcionamiento N° 08-065 del 5 de Junio de 2017 de conformidad con el Acuerdo Ejecutivo No. 0061 del 24 de Abril de 2017 del Ministerio de Salud y Protección social y por la Resolución No. 08-0613 del 27 de Agosto de 2010 de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., y previo el juramento reglamentario,

Confígrese a:

Higuera Quevedo Michelle Stephanie

Identificada con C.C. No. 1.030.673.367 de Bogotá D.C.

El Certificado de:

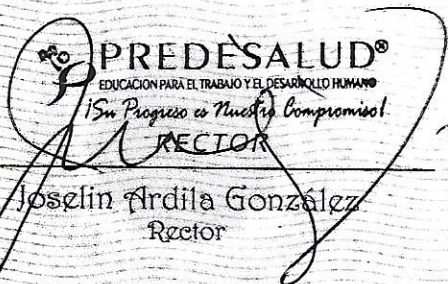
Aptitud Ocupacional por Competencias

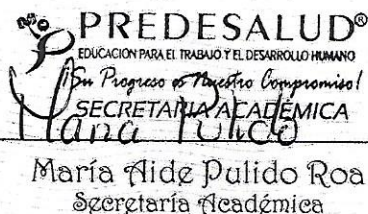
Certificado N° 5441

Por haber cursado y aprobado el programa de:

**Técnico Laboral en
Auxiliar en Enfermería**

Cumpliendo los requisitos Académicos de 1.800 horas teórico prácticas y las exigencias establecidas en los reglamentos de la Institución. En Fe de lo anterior se firma la presente Acta de Certificación, en la ciudad de Bogotá D.C., a los 09 días del mes de diciembre de 2017


PREDESALUD®
EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
¡Su Progreso es Nuestro Compromiso!
RECTOR
Joselín Ardila González
Rector


PREDESALUD®
EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
¡Su Progreso es Nuestro Compromiso!
SECRETARIA ACADEMICA
María Nide Pulido Roa
Secretaría Académica

Acta Individual de Grado



COLEGIO PAULO VI INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL

Jornada Mañana

Carrera 78P No. 41 - 20 Sur - Teléfono 273 80 32

NIP 830025608-7 DANE 11100113157

En la ciudad de Bogotá, D.C., a VEINTISIETE (27) del mes de Noviembre del año 2013 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO PAULO VI, I.E.D., Jornada Mañana.**

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de **BACHILLER** en la modalidad **ACADEMICA**, según Resolución No.2549 del 27 de Julio de 2000 y Resolución de Unificación No. 2551 del 28 de Agosto de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de Identidad se relacionan a continuación:

MICHELLE STEFHANIE HIGUERA QUEVEDO

Identificado (a) con T.I. No. 961105-22913 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.010 de fecha 27 de Noviembre de 2013 que consta de 71..... alumnos graduados; que comienza con el nombre de **ACERO ROMERO BRHAYAN STIVEN** y se cierra con el nombre de **ZABALETA LLERENA BETZABETH ALEJANDRA.**

Firmada por

JOSE DEMETRIO ESPINOSA HORTUA (Rector) y
DENNIS PEREA (Secretaria Académica)

Dada en Bogotá, D.C., a 27 del mes de Noviembre de 2013.

En constancia se firma la presente acta, por quienes en ella intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981 del MEN.

El Diploma y el Acta de Grado no requieren Registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994.

Firmada


JOSE DEMETRIO ESPINOSA HORTUA
Rector
C.C. No.11.382.512 de Fusagasugá


DENNIS PEREA
Secretaria
C.C. No. 41.761.773 de Bogotá

Diplomas
y
Pergaminos



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MICHELLE HIQUERA QUEVEDO

Con Tarjeta de Identidad No. 96.110.522.913

Cursó y aprobó la acción de Formación

BÁSICO SALUD OCUPACIONAL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Soacha, a los doce (12) días del mes de noviembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
MARIELA RONCANCIO RUIZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

Mariela Roncancio Ruiz

Subdirectora
CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA
REGIONAL CUNDINAMARCA

24221315 - 12/11/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 923200835801T196110522913C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MICHELLE HIQUERA QUEVEDO

Con Tarjeta de Identidad No. 96.110.522.913

Cursó y aprobó la acción de Formación

PRIMEROS AUXILIOS

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Soacha, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
MARIELA RONCANCIO RUIZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

Mariela Roncancio Ruiz
Subdirectora
CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA
REGIONAL CUNDINAMARCA

22673970 - 29/08/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 923200792837T196110522913C.

Bogotá D.C

Señores:

PreDOSalud

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

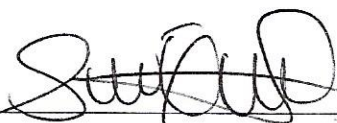
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre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

AUXILIAR en ENFERMERIA.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

1030673367.

Tarjeta profesional No:

2641

Dirección de contacto:

Cra 70 L # 42 A 11 SUR

Teléfono:

3138685649

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.673.367**

HIGUERA QUEVEDO
APELLIDOS

MICHELLE STEFHANIE
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-NOV-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

29-DIC-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00674793-F-1030673367-20150304

0043385017A 2

44034093



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 20-06-2018

Hora: 10:42:05 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1030673367-5 MICHELLE STEFHANIE HIGUERA QUEVEDO

Información

Dirección CL 41 A 79 B 33 SUR
Teléfonos 32222300996
Dirección MICHELLE_122009@HOTMAIL.
Fax

Información de

Fecha Inscripción 20/06/2018
Soporte Inscripción 23437621
Fecha Inicio Actividades 11/05/2018
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



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 2641 de 22/02/2018

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) HIGUERA QUEVEDO MICHELLE STEFHANIE Identificado(a) con CC número 1030673367 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por CENTRO DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD - PREDESALUD el día 09/12/2017.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a HIGUERA QUEVEDO MICHELLE STEFHANIE identificado(a) con CC número 1030673367 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 22/02/2018

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó :Sebastián Quiroz L.
Elaboró :Victor Sánchez

Bogotá, D.C. 19-04-2018
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Michelle Higuera.
CC. # 1030673367.
Firma [Firma]

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)

Resultado General

<i>Tipo Identificación</i>	<i>Nro. Identificación</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>	<i>Primer Apellido</i>	<i>Segundo Apellido</i>	<i>Detalles</i>
CC	1030673367	MICHELLE	STEFHANIE	HIGUERA	QUEVEDO	Ver

Información Detallada [CC: 1030673367] MICHELLE STEFHANIE HIGUERA QUEVEDO

Información Académica

<i>Tipo Programa</i>	<i>Origen Obtención Título</i>	<i>Profesión u Ocupación</i>	<i>Fecha desde que puede ejercer</i>	<i>Entidad Reportadora</i>
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2018/2/22	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



CARRERA 21 No. 22-30 SUR - 2° PISO - CEL.: 311 587 9591
Barrio Olaya - Bogotá, D.C. - Colombia
blanca.rojas98@hotmail.com

CARNET DE VACUNACIÓN

NIT. 41798614-6 CODIGO PRESTADOR 110010985301

Nombre:	Michelle Higuera
Dirección:	
Teléfono:	
H.C.:	1030673367
Entidad Vacunadora	

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a.	22-01-2016	434021-01	
HEPATITIS B	2a.	27-05-2016	1434021-01	
HEPAVAX GENE	3a.	09-08-2016	1434021-01	

INFLUENZA AGRIPAL * SI	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

HEPATITIS A EPAXAL*	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL DORUPAR*	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1	09-08-2016	00A 4102	

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
TD	1a.	09-08-2016	4102	
	2	16 MAR 2017		



NIT: 4612476-3
Avenida 1ro de mayo
(TV 74 f) # 40 B 69 sur piso 2
TEL : 2652890- 3137314040
E-MAIL dreduardo@gmail.com
Bogota D.C

Fecha: 20/04/2013

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 674

Empresa: Subsuel Antiguo de Salud
Tipo de examen: Presencial
Énfasis: Customer only

Este documento es valido solo si esta respaldado por la historia clínica o valoración medica de la misma fecha, copia de este documento en nuestros archivos y resultados de exámenes paraclínicos si es el caso usted puede verificar su autenticidad comunicandose con nosotros al 3137314040 y 2652890

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: Nichelle Stephanie Huguenin Ramirez
Cargo: Luz de Empleado Doc: No Edad (años): 21

CONCEPTO

☒ Apto sin restricciones para el cargo	☒ satisfactorio	Examen de egreso satisfactorio
☐ Las patologías diagnosticadas son incomparables con el cargo	☐ No satisfactorio	Examen de egreso no satisfactorio
☐ Aplazado	☐ Presenta patología modificable con el estilo de vida	Otro
☐ Hay restricciones a su labor		
Motivo del aplazamiento: _____		
Restricciones: <u>ninguna</u>		
Descripción adicional del concepto: _____		

EXÁMENES PARACLÍNICOS RELIZADOS:

Audiología	Espirometría	Lab, Clínico	Otros exámenes:
Visiometría	Prueba psicométrica	RX	<u>Vs Se Paulizon</u>
Optometría	Electrocardiograma	Prueba de esfuerzo	

Descripción de resultados:

RECOMENDACIONES:

☒ Control periódico por EPS	☒ Control periódico ocupacional	☒ Dieta
☒ Remisión a EPS	☒ Higiene postural	☒ Ejercicio regular 3 veces a la semana
☒ Continuar manejo médico	☒ Utilización de EPS	☒ Dejar hábito de fumar
☒ Seguimiento caso ARL	☒ Pausas activas periódicas	

Incluir Programa de vigilancia Epidemiología.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ha autorizado al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico ocupacional(es), registrados(s) en este documento uniforme conforme quedo registrado en la historia clínica Ocupacional el doctor (a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito, los beneficios, la interpretación, la limitación y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de las pruebas he sido informado de las medidas que UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibir del concepto médico ocupacional Manifiesto ante la firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mí en este(as) exámenes(es) son completas y verídicas. autorizo a UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM . para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el momento, para el buen cumplimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

MEDICO



JAVIER EDUARDO MORENO RAMOS
Médico y Cirujano
Especialista Medicina Alternativa
Especialista en Salud Ocupacional
LIC S.O. 3235/2017 RM 4612476-1244

Firma y Sello:

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

[Firma]

Firma y número de doc: 1030673367

HUELLA



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

FECHA: 19-06-18	CIUDAD: Bogotá D.C.	DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.
-----------------	---------------------	---------------------------

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Políticas 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: <input type="text"/>
------------------------------------	-------------------------------------	---	---	-------------------------------	----------------------------

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Higuera	SEGUNDO APELLIDO: Duevedo	PRIMER NOMBRE: Michelle	SEGUNDO NOMBRE: Stephanie
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1030673367	Bogotá D.C.	2014/DIC/29
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO: 05-11-96	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá	PAIS NACIMIENTO: Colombia	NACIONALIDAD: Colombiana
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASA ☐ DIVORCADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		0	0
			31386685649

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	CUAL: <input type="text"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--	------------------------------------	-----------------------------------	---	----------------------------

DIRECCION RESIDENCIA: Calle 12A N SUR	CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá	DEPARTAMENTO: Bogotá	PAIS RESIDENCIA: Colombia	TELEFONO RESIDENCIA: 4831688
CORREO ELECTRONICO: michelle_122009@hotmail.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: <input type="text"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA.... ☐	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA ☐ ICA ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
				8692
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒		
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	SECTORES ☐	IND ☐	# NIT
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL: X				
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORGUÍ	ROMERO	WILMAR	ANTONIO
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
AV. CAL 80 41B 36 SUR	Bogotá D.C.	Conocido	305 704 7504

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Banvivienda	Cuenta de Ahorros	0084803777	20 de Julio	33000000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

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.):

Digite su profesión

auxiliar de enfermería

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.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

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

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

7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a

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



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:			



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MICHELLE STEFHANIE HIGUERA QUEVEDO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,030,673,367**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Junio de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1030673367

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Michelle

Primer Nombre

Stephanie

Segundo Nombre

Higuera

Primer Apellido

Oviedo

Segundo Apellido

05/Noviembre/96

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá D.C.

Ciudad de Nacimiento

Cra 18 L # 42 A 11

Dirección de Residencia

4831688

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 1'500.000

Honorarios

auxiliar enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

michelle_122009@hotmail.com.

Correo Electrónico

3138685699

Celular



Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110371552



WEB

14:26:55

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de mayo del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MICHELLE STEFHANIE HIGUERA QUEVEDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030673367:

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 CONTRALORIA 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 19:25:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030673367
Código de Verificación	1030673367180530192510

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
CONTRALOR DELEGADO (E)



Bogotá D.C., 19 de Junio de 2018 - 18:13 pm

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE**

1030673367

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: **6_S4S43_1318**

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 19:30:36 horas del 30/05/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1030673367

Apellidos y Nombres: **HIGUERA QUEVEDO MICHELLE STEFHANIE**

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.



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/06/19

Por medio de la presente hacemos constar que la señora MICHELLE STEFHANIE HIGUERA QUEVEDO
con Cédula de Ciudadanía número 1030673367
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 008480377798

Fecha Apertura 2018/06/19

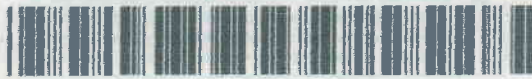
Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA



NIT 830.003.564-7



* 0 6 1 9 1 1 0 0 3 *

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D | D | M | M | A | A | A | A

DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
---	--	--	--	---	--

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Higuera</u> Segundo Apellido: <u>Quintero</u> Primer Nombre: <u>Michelle</u> Segundo Nombre: <u>Stephanie</u>	7. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	8. Número del documento de identidad <u>1030673367</u>	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento <u>10/01/1999</u>
--	--	--	--	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>	15. Administradora de riesgos laborales - ARL <input type="text"/>	16. Administradora de pensiones <input type="text"/>
17. Ingreso base de cotización - IBC <u>781.242</u>	18. Residencia <u>K-1 78L # 42 A - 11 av Apt 307 4831688</u>	Zona Urbana ☒ Rural ☐			
Correo electrónico <u>michelle.1220092@hotmail.com</u>		Municipio <u>Bojotá</u> Comuna <u>Cundinamarca</u>			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/>	20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento <input type="text"/>
---	---	--	--	--

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco		30. Etnia	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino						
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco		30. Etnia	
				Femenino	Masculino						
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Tipo	Condición	Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
<u>Cafam</u>			
B			
B			
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social <u>Michelle Stephanie Higuera Quintero</u>	36. Tipo de documento de identificación <input type="text"/>	37. Número del documento de identificación <u>1030673367</u>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
39. Ubicación <u>K-1 78L # 42 A - 11 av Apt 307 4831688</u>	Correo electrónico <u>michelle.1220092@hotmail.com</u> Municipio <u>Bojotá</u> Comuna <u>Cundinamarca</u>		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	1. Modificación de datos básicos de identificación ☐	2. Corrección de datos básicos de identificación ☐	3. Actualización del documento de identidad ☐	4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐	5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐	6. Reinscripción en la EPS ☐	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐	14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐	15. Reporte de fallecimiento ☐	16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐	18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐
---------------------	---	---	--	---	---	---	---	---	--	--	---	---	--	---	---	---	--	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/>	42. Fecha novedad <u>10/07/2018</u>
43. EPS anterior <input type="text"/>	44. Motivo de traslado <input type="text"/>
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	☒
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	☐
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	☐

VIII. FIRMAS

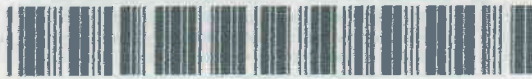
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <u>[Firma]</u>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio <u>[Firma]</u>
---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC	Cantidad: <input type="text"/>	Total <input type="text"/>
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="text"/>		



NIT 830.003.564-7



* 0 6 1 9 1 1 0 0 3 *

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D | D | M | M | A | A | A | A

DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
---	--	--	--	---	--

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Higuera</u> Segundo Apellido: <u>Quintero</u> Primer Nombre: <u>Michelle</u> Segundo Nombre: <u>Stephanie</u>	7. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	8. Número del documento de identidad <u>1030673367</u>	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento <u>10/01/1999</u>
--	--	--	--	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>	15. Administradora de riesgos laborales - ARL <input type="text"/>	16. Administradora de pensiones <input type="text"/>
17. Ingreso base de cotización - IBC <u>781-242</u>	18. Residencia <u>K-1 78L # 42 A - 11 av Apt 307 4831688</u>	Zona Urbana ☒ Rural ☐			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/>	20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento <input type="text"/>
---	---	--	--	--

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco		30. Etnia	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	F	N	M	T	P	F	M	A	A	A
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco		30. Etnia	
F	N	M	T	P	F	M	A	A	A	A	A
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Tipo	Condición	Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS <u>Cafam</u>	Código de la IPS (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
---	--

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social <u>Michelle Stephanie Higuera Quintero</u>	36. Tipo de documento de identificación <input type="text"/>	37. Número del documento de identificación <u>1030673367</u>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
---	--	--	--

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	1. Modificación de datos básicos de identificación ☐	2. Corrección de datos básicos de identificación ☐	3. Actualización del documento de identidad ☐	4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐	5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐	6. Reinscripción en la EPS ☐	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐	14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐	15. Reporte de fallecimiento ☐	16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐	18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐
---------------------	---	---	--	---	---	---	---	---	--	--	---	---	--	---	---	---	--	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/>	42. Fecha novedad <u>10/07/2018</u>
43. EPS anterior <input type="text"/>	44. Motivo de traslado <input type="text"/>
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	☒
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	☐
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	☐

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <u>[Firma]</u>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio <u>[Firma]</u>
---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC	Cantidad: <input type="text"/>	Total <input type="text"/>
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	<input type="text"/>	<input type="text"/>