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 TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 04
FECHA: 2017-09-12

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	Enfermería.	FECHA		N° FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Emilsen Amaya Jimenez	DOCUMENTO:		52359954.	
TELEFONO		ACTIVIDAD SOLICITADA:		Camillero.	

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FORMATO INSCRIPCION DE SECOP	SI ☑	
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑	
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑	
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☑	N/A ☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☑	N/A ☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☑	NO ☐
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☑
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☑	N/A ☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☐	N/A ☑
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☑	
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU 8692. FECHA 15/5/18.	SI ☑	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☑	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☑
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐	N/A ☑
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☐	N/A ☑
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☐	N/A ☑
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermeria, Odontologia, Derecho, Ingenierias, Contaduria, Adminsitración)	SI ☐	N/A ☑
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/ O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☑	N/A ☐
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☑	
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☑
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermeria, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐	N/A ☑
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☑
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☑	N/A ☐
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☑
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☑
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI ☑	
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: Sura	SI ☐	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Positiva.	SI ☐	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: Bolivar	SI ☑	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☑	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Proceso Solicitante		Fecha:	
V°/B° Talento Humano:		Fecha:	
V°/B° Contratación:		Fecha:	

Colombia Compra Eficiente

Buscar por proceso Menú ▼

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Emilsen Umaña Jimenez.

Emilsen Umaña Jimenez con el NIT 52359954 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	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Umaña	Jimenez	Emilsen

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

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 11 MES 05 AÑO 1978

PAÍS Colombia

DEPTO Bogota

MUNICIPIO Bogota

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cll 60sur # 70-90 501

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá

MUNICIPIO Bogota

TELÉFONO 3132259121 EMAIL emilsen@umana1@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o. X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2011

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
TC	3	X		TECNICO EN SECRETARIADO EJECUTIVO	07	2013	

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

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 MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
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 MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
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 MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
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 MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
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 (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 5o. DE LA LEY 190/95).

Emilson V. Bta 16-05-18

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Emilson Umaña Jimenez

IDENTIFICADO CON C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 52359954 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
Cll 60sur # 70-90 APT 507	3132259127

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
Bogota	Bogotá	Colombia

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

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Jose Miguel Umaña Carreño		Papá
Maria Lucero Jimenez Montes	41.758.988	Mamá
Nicole Andrea Alvarado Umaña	1013682154	hija
Luisa Fernanda Alvarado Umaña	1013697895	hija
Danna Sofia Alvarado Umaña	1021313440	hija.

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 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** [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	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Caja Social	Ahorros	24072569012	Venecia	0.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Moto	XST04D	$5.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

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

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 CÓNYUGE	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

Emilsen O
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO

Bogota 16-05-18
CIUDAD Y FECHA

EMPLEADOR O CONTRATANTE

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Fundación Educación para la Vida
FUNDESCO

Aprobada por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Según Resolución No. 04-0040 del 15 de Julio de 2010
Hasta nueva orden de conformidad con la Ley 115 de 1.994 y
decreto reglamentario 3011 de 1997
Fin de Semana

Confiere a:

Umaña Jiménez Emilsen

Identificado (a) con No. C.C. 52.359.954 de Bogotá D.C.

El Titulo de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios Correspondientes
al nivel de educación media
(Articulo 28 Ley 115 de 1994); mediante el Sistema de
Ciclos Lectivos Especiales Integrados
(Decreto 3011 de 1997) Según los planes y programas vigentes

FUNDESCO
EDUCACION PARA LA VIDA
DIRECTOR

Jimmy Ortiz Jiménez
C.C. No. 19.302.200 de Bogotá, D.C.
Rector (a)

Leslie González Martínez
C.C. 52.829.034 de Bogotá, D.C.
Secretario (a)

Anotado al folio en 09 del Libro para Control en el Plantel No. 0

Dado en de Bogotá, D.C. a los 17 Dias de DICIEMBRE de 2014

"No requiere Registro de la Secretaria de Educación, según Decreto
No. 921 del 6 de Mayo de 1994, del Ministerio de Educación Nacional

fundesco

ACTA GENERAL DE GRADUACIÓN No. 04

Fin de Semana

FUNDACIÓN "EDUCACIÓN PARA LA VIDA" FUNDESCO

Resolución de Aprobación No. 04-0040 del 15 de Julio de 2010
Calle 25 Sur No. 9-66, Barrio 20 de Julio, Tel. 2783562 - 2396339

En la Ciudad de Bogotá, D.C., a los (18) del mes de Diciembre de 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **FUNDACIÓN "EDUCACIÓN PARA LA VIDA" FUNDESCO**, Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación para jóvenes y adultos autorizada por la Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el Titulo de **BACHILLER ACADÉMICO;** Según Resolución No. 04-0040 del 15 de julio de 2010.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de **EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA** mediante el sistema de ciclos lectivos especiales integrados, de acuerdo con lo reglamentado en el Decreto 3011 de 1997 se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO** a los graduados cuyo nombres, apellido y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

Umaña Jiménez Emilsen

Identificado (a) Con No. 52.359.954 de Bogotá D.C.

Es fiel copia del Acta Original No. 04 del 18 de Diciembre de 2011, esta acta consta de **106** estudiantes comienza con el nombre de **ACOSTA AURA LUCÍA** y termina con el nombre de **YOPAZA RAMÍREZ BLANCA MARÍA.**

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7 del Decreto 180 de 1981,

FUNDESCO
EDUCACION PARA LA VIDA
DIRECTOR

JIMMY ORTIZ JIMÉNEZ
C.C. No. 19.302.200 de Bogotá
Rector

LESLIE GONZÁLEZ MARTÍNEZ
C.C. No. 52.829.034 de Bogotá
Secretaria

NOTA: SEGÚN DECRETO No. 1024 DEL 15 DE ABRIL DE 1982, NO REQUIERE AUTENTICACIÓN DE FIRMAS

Unisalud
Educación de Calidad para el Desarrollo Humano

INGRESE A LA UNIVERSIDAD

Con licencia de funcionamiento, Resolución 2128 del 24 de febrero de 1997
y Registro de los programas, Resolución No. 02-0042 del 22 de octubre
de 2009 expedidas por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

HACE CONSTAR QUE:

EMILSEN UMAÑA JIMENEZ

C.C. 52.359.954 Bogotá D.C.

Asistió al curso de capacitación en:

CAMILLERO

Con una intensidad de **50** horas

Bogotá D.C. 23 Junio 2017

Centro de Capacitación UNISALUD Dirección General

FEDERICO DÍAZ QUINTERO
Gerente General

JESÚS GALVAN DORIA
Director Académico

TREINTA AÑOS DE EXPERIENCIA 30 Unisalud

ANDREA BERNATE GUTIÉRREZ
Directora Administrativa

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	**Código** EGT-FT-656	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** 02 **Fecha:** 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

UNESALUD - Educación de Calidad para el desarrollo
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Emilsen Urrego Jimenez, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE,** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Camillero y Primeros Auxilios
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Emilsen U

No. de documento: 52359954

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto: Cll 60 sur # 70-90 apt 507

Teléfono: 313 2259121

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.359.954**

UMAÑA JIMENEZ

APELLIDOS

EMILSEN

NOMBRES

Emilsen U.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-MAY-1978**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-SEP-1996 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00253063-F-0052359954-20100830 **0023658854A 1** 1540914199

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14468366236

(415)7707212489984(8020) 000001446836623 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 3 5 9 9 5 4 – 2

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 5 2 3 5 9 9 5 4

27. Fecha expedición: 1 9 9 6 0 9 3 0

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido: UMAÑA

32. Segundo apellido: JIMENEZ

33. Primer nombre: EMILSEN

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 60 SUR 70 90 AP 501

42. Correo electrónico: emilsen.umana11@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 7 1 6 6 3 3 6

45. Teléfono 2: 3 1 3 2 2 5 9 1 2 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 7 0 8 0 2					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 5 1 5

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: UMAÑA JIMENEZ EMILSEN

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-05-2018 10:58:23AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 15-05-2018
Hora: 11:07:03 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52359954-2 EMILSEN UMAÑA JIMENEZ

Información General

Dirección CL 60 SUR 70 90 AP 501

Teléfonos 7166336/3132259121

Dirección electrónica emilsen.umana11@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 15/05/2018

Soporte Inscripción 23428536

Fecha Inicio Actividades 02/08/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002881473

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.

74

INSTITUTO DE REFERENCIA ANDINO S.A.S
NIT 800.222.660-6
Calle 13 # 60-49/61, Piso3
PBX: 57-1-290-0077 Fax 57-1-570-0920
Linea Nacional: 01 8000 114472
Bogotá D.C.
informacion@iralabs.com

Ecuador
· Móvil 994 63962 · Fijo +(593) 220 40105
Lineas gratuitas: Andinatel 1 999 170 5919
Pacifictel 1 800 999 170 5919
ecuador@iralabs.com

Perú
· Móvil 991 466 605
Linea gratuita: 080054600
peru@iralabs.com

Panamá
· Móvil: (507) 6677 0711
Linea gratuita: 011 00 8005700012
panama@iralabs.com

Remite: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**
Paciente: **UMAÑA , EMILSEN**
Código IRA: I01268978
Identificación: 52359954
Sexo: F
Médico:

Origen: BOGOTÁ
Edad: 32 Años
Fecha de Recibo: 17/05/2018
Fecha Validación Final: 22/05/2018 03:36:52 p.m.
Código Cliente: SANTA CLARA

Parámetro	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
Inmunología Infecciosa			
Hepatitis B (Anti-HBs), Anticuerpos de Superficie	**0.31**	mUI/mL	Mayor o igual a 10 Según recomendación de la Organización Mundial de la Salud, una concentración de anti-HBs mayor o igual a 10 mUI/ml se considera protección frente a una infección por el virus de la hepatitis B. A partir del 11-ene-2018 hay cambio en los valores de referencia, unidades y tecnica de la prueba.

Técnica: Inmunoensayo Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA)

Iván Leonardo Mojica F. MD, MBA
Gerente General
Registro No. 7361/2008

Validado Por:
Carolina Cardoso Herrera
T.P. # 52.958.599

Este laboratorio dispone de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015, certificado por ICONTEC

15

Certificado de Vacunación

Institución: _____

Nombre: Emilsen Omaira Jimenez

Identificación: Cc: 52 359854 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote	Firma Vacunador
HB	①	23 MAYO 2018	1434039462	
	②	23-Junio-2018		
	③			

Cortesía de Sanofi Pasteur

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO



IMPORTANTE: no confie su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros medicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

NOTA: este certificado medico es vàlido en el formato original y con el sello seco.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 16/05/18	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	

NOMBRE	EMILSEN UMAÑA JIMENEZ		
CEDULA	52.359.954	TELEFONO O CELULAR	3132259121

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRÍA		VISIOMETRÍA		ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA	HOSPITAL SANTA CLARA
CARGO	CAMILLERA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		NO APTO	

RESULTADO EXAMENES	MEDICO
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: TINNEL, PHANEL, JOBE, LASAGUE Y SIMMOND: NEGATIVO
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión. peligro biológico mediante inmunización contra hepatitis B, Influenza y tétano o las que se requieran (gtc 45). Instrucciones sobre las buenas prácticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2006). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, trajes anti fluidos, gafas, etc), ante la exposición radiofísica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la Ley 9). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). **Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Control annual visiometria.**

PABLO HERNANDEZ FIRMA Y LSO PROFESIONAL	Esp. Higiene y Seguridad Ocupacional Esp. Gestión Integrada QHSE LSO: 5334/09	Emilsen U FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE 52359954

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado : el** que falsifique documento privado que pueda servir de prueba , incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. **(Articulo 289 del Código penal Colombiano).**

Principal : Cra. 21 No. 26-52 sur. Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687
Barrio Olaya - centromedicoolaya@gmail.com

Unisalud
Educación de Calidad para el Desarrollo Humano

INGRESE A LA UNIVERSIDAD

Con licencia de funcionamiento, Resolución 2128 del 24 de febrero de 1997
y Registro de los programas, Resolución No. 02-0042 del 22 de octubre
de 2009 expedidas por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

HACE CONSTAR QUE:

EMILSEN UMAÑA JIMENEZ

C.C. 52.359.954 de Bogotá D.C

Asistió al curso de capacitación en:

PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad de **20** horas
Bogotá D.C. 06 Junio 2017

UNISALUD

FEDERICO DÍAZ QUINTERO
Gerente General

JESÚS GALVAN DORIA
Director Académico

ANDREA BERNATE GUTIÉRREZ
Directora Administrativa

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:	16-05-18	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Bogota

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
X					

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Umaña	Jimenez	Emilsen	

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C X C.E. R.C. NUIP	52359954		

PASAPORTE OTRO ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
11/05/78	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE	1	3	313225912

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL:	PROFESION / OFICIO
						X		SECRETARIADO EJECUTIVO	

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
emilsen.umana7@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	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		
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	CUAL:	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI	SI	NO X		
		NO X	ICA	SI NO X	PRINCIPAL:	SECUNDARIA:
GRAN CONTRIBUYENTE	SI NO X	AGENTE RETENEDOR	SI		AGENTE AUTORETENEDOR	SI
			NO X			NO X

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
ESTRATEGICO – 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: 2017-09-2

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ BANCARIA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

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

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Garcia		Cristian	Camilo
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 71C # 60A-26 Sur	Bogotá	Amigo	3153127588

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ 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.):

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".

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

Emilsen C.

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:		

EPS | sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que EMILSEN UMAÑA JIMENEZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 52359954 aparece registrado(a) en EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52359954
NOMBRES Y APELLIDOS	EMILSEN UMAÑA JIMENEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01-11-2015
FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA	VIGENTE
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	122
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	45

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **17/05/2018**

ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **EMILCEN UMANA JIMENEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,359,954**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52359954	Bolivar.
Numero de Documento	ARL

Emilsen		Umaña	Jimenez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

11/05/78	Bogota	Cra 60sur # 70-90	7766336
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	teléfono fijo

SURA	PORVENIR	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

emilsen.umana10@gmail.com	313 2259127
Correo Electrónico	Celular

Emilsen U	Tatiana P. Olavijo Q. C.C. No. 52.961.204 de la Enfermera P.U.
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato C.C.

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 109547893

WEB
20:05:27

Bogotá DC, 08 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) EMILSEN UMAÑA JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52359954:

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 15 de mayo de 2018, a las 23:42:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52359954
Código de Verificación	52359954180515234256

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

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

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2236286

Bogotá D.C., 16 de Mayo de 2018 - 0:01 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO**

52359954

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.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 5_RCE2Y_010
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 20:00:13 horas del 08/05/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52359954**
Apellidos y Nombres: **UMAÑA JIMENEZ EMILSEN**

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.

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

EMILSEN - UMAÑA JIMENEZ *Identificado con* *CC52359954*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0019 VENECIA, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24072569012*
Fecha de Apertura	:	*07 de abril de 2017*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE
Realizada en la oficina 0020 RESTREPO de la ciudad de BOGOTA, el día miércoles, 16 de mayo de 2018.

Cordialmente,

Efectuado por:
L8L5A8O9 - LEIDY JOHANNA LOPEZ AGUDELO

Banco Caja Social
AS 35 16 MAY 2018
Vo.Bo.
TRAMITADO

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social Establecimiento Bancario