



Buscar por proceso Menú ▾

Buscar 🔍

Id de página: 140127 Ayuda ?

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión

Felicitaciones paula alejandra pinzón moreno.

Paula Alejandra pinzón moreno con el NIT 1023024410 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 >



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 03-dic-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PINZON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MORENO	NOMBRES PAULA ALEJANDRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023024410	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES AGO AÑO 1997 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA cli57a#80a-19 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C. TELEFONO 7828162 EMAIL alejandramoreno1206@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 bachiller academico	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES DIC	AÑO 2014



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 03-dic-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD sub red centro oriente	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5966600 ext 1034	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO orientadora	DEPENDENCIA atencion al usuario	DIRECCIÓN cll22sur#8a-58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD sub red centro oriente	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5966600 ext 1034	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 2 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 3 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO orientadora	DEPENDENCIA atencion al usuario	DIRECCIÓN cll22sur#8a-58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD gloher	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3108750351	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 9 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO vendedora	DEPENDENCIA ventas	DIRECCIÓN crr11#76b-28sur	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 03-dic-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD yeison javier camacho murillo	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3132013274	FECHA DE INGRESO DÍA 7 MES 12 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO vendedora	DEPENDENCIA ventas	DIRECCIÓN crr8d#56-29sur	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	8
PRIVADO	0	6
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ____ NO ____ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

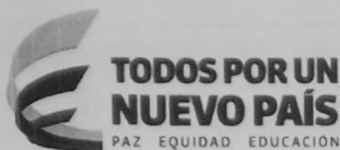


Última Actualización: 03-dic-2017

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



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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

Yo, Paula Alejandra Pinzon Moreno
IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 1.023.024.410 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Bogotá
Dirección Calle 57a Sur # 80a 19 Teléfonos 3208019876

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Ang. Maria Moreno Herrera</u>	<u>52435176</u>	<u>Madre</u>
<u>Carlos Armando Pinzon Borda</u>	<u>79632872</u>	<u>Padre</u>
<u>Nicolas Santiago Pinzon Moreno</u>	<u>1028481737</u>	<u>Hermano</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION X
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,
EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	<u>3'140.000-</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	<u>3'140.000-</u>

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
<u>Av Villas</u>	<u>Ahorros</u>	<u>465782154</u>	<u>Plaza de America</u>	<u>\$ 0</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
Edwin Fabian Lozano Zabala	C.C.X C.E T.I.	1110503579

2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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 PARTICIPACION

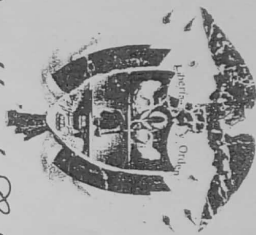
3. FIRMA

Paula A. Pinzon M.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá Nov 2017.

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el:

Colegio Elise

Institución Educativa Distrital

Elaborado por la Secretaría de Educación de Bogotá D. C., según
Resolución No. 415 de Enero 30 de 2001 (modificada y 08-0356 de Noviembre 25 de 2009,
por la cual se autoriza la Educación Media con Carriles Técnicos.

Confiere a:

Paula Alejandra Pinxian Moreno

T. E. 97082717092 de Bogotá D. C.

El título de:

Bachiller

Con Especialidad en

Comunicación Social

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a los niveles de Educación
Básica Secundaria y Educación Media con Carriles Técnicos, (Artículo 28 Ley 115 de 1994 y
Resolución No. 480 del 20 de Febrero de 2008), según planes y programas vigentes.



Señor(a) **Paula**
Escuela No. 21

Escuela No. 21

Diploma No. 31

Escuela al Párrafo 9 del libro para cotejar interno de Diplomas No. 3
Todo en Bogotá D. C., a los 27 días de noviembre de 2014.

Patricia Ospina
Directora Ejecutiva Regional
Secretaría de Educación

No requiere Registro de la Secretaría de Educación Distrital, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994,
y 2150 del 5 de diciembre de 1995, de la "P", en forma de la "R" pública.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO JORNADA TARDE

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL
SECRETARIA DE EDUCACIÓN

COLEGIO CLASS
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

Carrera 601 No. 57B-50 Sur - Teléfonos 776 4943 - 777 9599

CÓDIGO DANE 11100113129

En la ciudad de Bogotá D.C., a los veintisiete (27) días del mes de noviembre de 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO CLASS INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL, institución aprobada en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el título de BACHILLER con especialidad en COMUNICACIÓN GRÁFICA, según Resoluciones No. 415 de Enero 30 de 2001 aprobación y 06-0356 de Noviembre 25 de 2009, por la cual se autoriza ofrecer el carácter de Educación Media con Carácter Técnico.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de BACHILLER EN EDUCACIÓN MEDIA CON CARÁCTER TÉCNICO EN LA ESPECIALIDAD DE COMUNICACIÓN GRÁFICA, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

Paula Alejandra Pinzón Moreno
T.I. 97082717092 de Bogotá D.C.

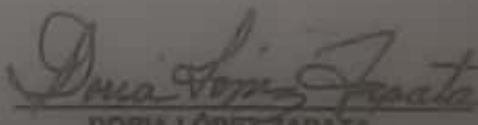
Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 21 del (27) veintisiete de noviembre de 2014; que consta de 55 estudiantes; comienza con el nombre de AGUILAR CADAVID VANESA y termina con el nombre de VILLARRAGA VARGAS YASBLEIDY NATALIA.

Firmada y sellada por JASMINE ASCENCIÓN AGUDELO VILLEGAS, Rectora y DORIA LÓPEZ ZAPATA, Secretaria Académica.

Dada en la ciudad de Bogotá D.C., a los (27) veintisiete días del mes de noviembre de 2014.

No requiere registro ante la Secretaría de Educación según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995; Presidencia de la República.


JASMINE ASCENCIÓN AGUDELO VILLEGAS
Rectora
C.C. 110 834 de Bogotá


DORIA LÓPEZ ZAPATA
Secretaria Académica
C.C. 41 705 642 de Bogotá

"Que nadie se quede sin servir"
Rafael García Hernández

HACE CONSTAR

Que PINZÓN MORENIO PAULA ALEJANDRA identificada con el documento de identidad número 97082717092, asistió durante su formación media, a las clases en contra jornada del Proyecto 891 – Educación Media Fortalecida y Mayor Acceso a la Educación Superior, implementado en las instalaciones del Colegio Clara L. E. D., teniendo como IES acompañante del proceso a la **Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO**, en el área del conocimiento Artes y Diseño. Se expide en Bogotá D. C. a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre del año dos mil catorce (2014).

De conformidad con el decreto 2150 de 1995 y la ley 962 de 2005, la firma digital que aparece a continuación tiene plena validez para los efectos legales y no necesita de autenticación, ni sello.



ELIECER MONTERO QUEDA

C.C.91.222.842 DE BUCARAMANGA
Director de Media Fortalecida
Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO



CEPIK-163 -2168

El Departamento de Registro y Control académico del Politécnico
Internacional
NIT: 900.002.845-0

CERTIFICA

Que PINZON MORENO PAULA ALEJANDRA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1023024410 curso el Cuarto Trimestre del programa Técnico Profesional en Comercio y Negocios Internacionales de carácter presencial en el POLITECNICO INTERNACIONAL INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR.

El programa Técnico Profesional en Comercio y Negocios Internacionales tiene una duración de 8 trimestres, con una intensidad horaria de 25 horas semanales, distribuidas así: (11) once horas práctica, (9) nueve horas teóricas, y (5) cinco horas investigativas personalizadas.

Que el POLITECNICO INTERNACIONAL INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR (Código 4727) es una institución de Educación Superior PRIVADA, con carácter académico TECNICA PROFESIONAL, con personería jurídica reconocida mediante Resolución Número 4135 del 11 de Noviembre de 2004, expedida por el Ministerio de Educación Nacional. Registro calificado del programa otorgado mediante resolución No. 13450 19 de agosto de 2014.

Constancia que se expide a petición de la parte interesada, en la ciudad de Bogotá a los (18) días del mes de Julio del año 2016.

LADY JOHANA MARTINEZ RINCON
Jefe de Registro y Control.

www.politecnicointernacional.edu.co

PBX: 400 5700

Bogotá D.C. - Colombia

CALLE 88

Calle 88 No. 888 - 87

KENNEDY

Kennedy Cda. 75 P. No. 22-23 - 24

SUR

Av. Sur Politécnico Sur No. 82 - 31

AV CHILE

4- Chile Calle 73 No. 51 - 25



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
DEPARTAMENTO GESTION DE EMPLEO

Certifica que

1023024410

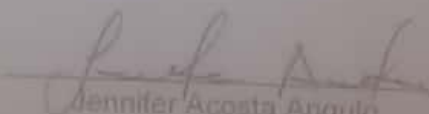
PAULA ALEJANDRA PINZON MORENO

Participo en el Taller Estrategias de Entrevista e Inserción Laboral

Con una intensidad de cuatro (4) horas

*En Constancia de lo anterior se firma en Bogotá D C a los 28
Días del mes de Julio de 2016*


Jahir Steve Cuchimaque Manope
Coordinador Regional Centenario


Jennifer Acosta Angulo
Docente CAFAM



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
BOGOTÁ

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO

Paula Alejandra Pinzón Moreno

C.C. 1.023.024.410

Participó en el programa:

Gestión de Emociones, Desarrollando el Pensamiento Creativo, Solución de Problemas, Tic's Para la Efectividad Empresarial, Gestión y Planeación

Horas cursadas

40

Lugar y fecha de realización

Bogotá D.C., 01 de Agosto al 05 de Agosto de 2016

DIRECTORA EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO

DIRECTOR



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Secretaría Distrital de Integración Social, Proyecto "Por una Ciudad Incluyente y sin Barreras" de la Dirección Poblacional

Hace constar que

PAULA ALEJANDRA PINZON MORENO

C.C. 1023024410

Participa en el proceso de capacitación en competencias para la atención inclusiva de personas con discapacidad, dirigida a servidores públicos.

Estrategia de Fortalecimiento a la Inclusión
JUNIO 2017

Michael Ruiz Falach
Asesor Poblacional y Líder Proyecto "Por una Ciudad Incluyente y sin Barreras"

Nedla Vanegas Hurtado
Coordinadora Distrital Estrategia de Fortalecimiento a la Inclusión Proyecto "Por una Ciudad Incluyente y sin Barreras"

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

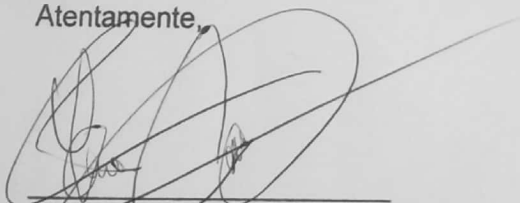
SE CERTIFICA QUE:

La señora **PAULA ALEJAN PINZON** identificada con la cedula de ciudadanía número **1.023.024.410**, laboro con nosotros desde el 7 de Diciembre de 2015 a 30 de Julio de 2016; en el cargo de vendedora. Devengando un salario mensual de **SETECIENTOS MIL PESOS (\$700.000)**

Durante el tiempo laborado demostró ser una persona honesta, responsable, seria y correcta en todo aspecto.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los veinticinco (25) días del mes de octubre del año dos mil diecisiete (2017), a solicitud del interesado.

Atentamente,



YEISON CAMACHO
CC. 1.022.934.080
TEL. 313 201 32 74

GLOHER

CERTIFICA QUE :

La señora Paula Alejandra Pinzón Moreno identificada con la cedula de ciudadanía numero 1,023,024,410 , laboro con nosotros desde el 01 de Agosto del 2016 hasta el 15 de Septiembre del 2016 en el cargo de vendedora .

Durante el tiempo laborado demostró ser una persona honesta , responsable ,seria y correcta en todo aspecto .

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C a los veinticinco (25) días del mes de octubre del año dos mil diecisiete (2017) a solicitud del interesado



Gloria Judith Herrera
C.C 41,768,362
TEL:3108750351

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.024.410**

PINZON MORENO

APELLIDOS

PAULA ALEJANDRA

NOMBRES

Paula A. Pinzon M.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

06-OCT-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00758068-F-1023024410-20151027

0047176156A 1

45256660

 DIAN® <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MUNISCA <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001																																						
2. Concepto 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN 		4. Número de formulario 14414358416  <small>(415)7707212489984(8020)0000014414358416</small>																																							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 3 0 2 4 4 1 0 - 5		6. DV 5 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá																																							
14. Buzón electrónico 3 2																																									
IDENTIFICACION																																									
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3																																							
26. Número de identificación: 1 0 2 3 0 2 4 4 1 0		27. Fecha expedición: 2 0 1 5 1 0 0 6																																							
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: 1 6 9																																							
29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1																																							
31. Primer apellido PINZON		32. Segundo apellido MORENO																																							
33. Primer nombre PAULA		34. Otros nombres ALEJANDRA																																							
35. Razón social:																																									
36. Nombre comercial:																																									
UBICACION																																									
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1																																							
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1																																									
41. Dirección principal CL 57 A 80 A 19 BRR CLASS																																									
42. Correo electrónico: alejandramoreno1206@gmail.com		43. Código postal 3 2 0 8 0 1 9 8 7 6																																							
44. Teléfono 1: 7 8 2 8 1 6 2		45. Teléfono 2:																																							
CLASIFICACION																																									
Actividad económica		Ocupación																																							
46. Código: 8 2 1 1		47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 6 0 2 1 7																																							
48. Código: 1		49. Fecha inicio actividad: 2																																							
50. Código: 1 2		51. Código: 4 1 2 3																																							
52. Número establecimientos: 0																																									
Responsabilidades, Calidades y Atributos																																									
53. Código: 1 2																																									
12- Ventas régimen simplificado																																									
Obligados aduaneros		Exportadores																																							
54. Código: <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	<table border="1" style="width:100%;"> <tr> <td>55. Forma</td> <td>56. Tipo</td> <td>Servicio</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>57. Modo</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>58. CPC</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3	☐	☐	57. Modo	☐	☐	☐			58. CPC	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																
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 0 0																																							
61. Fecha: 2015 10 06																																									
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 985. Cargo:																																							



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-10-2017

Hora: 1:42:52 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1023024410-5 PAULA ALEJANDRA PINZON MORENO

Información General

Dirección CL 57 A 80 A 19 BRR CLASS
Teléfonos 3208019876-7828162
Dirección electrónica alejandramoreno1206@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/01/2017
Soporte Inscripción 23071813
Fecha Inicio Actividades 17/02/2016
Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002323358



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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente ICA TE TOCA

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	31 ENE. 2017	1434026-07	SANDRA IBANEZ
	2	C/O	02 MAR 2017	
	3	6-10-2017	03415005A	4-18 SUBTEND C/O
	R			

Certificado de Vacunación

compensar salud

Institución: _____

Nombre: Paula Alejandra Pinzon

Identificación: 1023024410 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B	2	28 ABR. 2017	5-19	SANDRA
	B	1434025-08		
	3	C/O	02 MAR 2017	

Viru Papil Hirt

Cartilla de Salud Pinzon

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 27/01/2017 11:37:34

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: PAULA PINZON

C.C 1023024410

EDAD 19 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR ORIENTADORA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒

Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐

Cuales

Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

HIGIENE POSTURAL

PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐

Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Paula A. Pinzón M

FIRMA DEL PACIENTE



Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Dra. ESMERALDA RAMOS
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. S.O 7122-2013

FIRMA DEL ESPECIALISTA

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: _____ CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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: _____

DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Pinzón SEGUNDO APELLIDO: Moreno PRIMER NOMBRE: Paula SEGUNDO NOMBRE: Alexandra

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1023.02410 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 06-Oct-2015

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 27-08-97 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASA ☐ DIVORCIO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ PERSONA A CARGO: _____ NUMERO DE HIJOS: 0 TELEFONO CELULAR: 32009876

FECHA NACIMIENTO: 27-08-97 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASA ☐ DIVORCIO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ PERSONA A CARGO: _____ NUMERO DE HIJOS: 0 TELEFONO CELULAR: 32009876

FECHA NACIMIENTO: 27-08-97 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASA ☐ DIVORCIO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ PERSONA A CARGO: _____ NUMERO DE HIJOS: 0 TELEFONO CELULAR: 32009876

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADÉMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TERCER AÑO ☐ BACHILLER OTRO ☒ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: _____

DIRECCION RESIDENCIA: Cl 52a sur # 80a-19 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 7826981

CORREO ELECTRONICO: alexandramoreno120686@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: _____ TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: Lozano SEGUNDO APELLIDO: Tabala PRIMER NOMBRE: Edwin SEGUNDO NOMBRE: Fabian

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: 110503579 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Ibague FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 10-Nov-2008

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: Colombiano

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO ☒ ESTUDIANTE ☐ SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA: _____ CUAL: _____

PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA: _____ CUAL: _____

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒

DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: PRINCIPAL: _____ SECUNDARIA: _____

CHAF CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒

AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
 VERSIÓN: 02
 FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☐		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☐		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA Sub-red Centro Oriente		VERSION: 02 FECHA: 2017-08-22	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐		GOBIERNO ☐ VICIOS ☐ UD ☒		#NIT 99959051			
OTRA ☐ CUAL: X		TRANSPORTE ☐ TIPOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐					
DIRECCION DE LA EMPRESA D634 # 5-43		TELEFONO 5 96 66 00 ext 1034 Bogotá		CIUDAD/MUNICIPIO Bogotá		DEPARTAMENTO Cundinamarca	
CARGO ACTUAL Orientadora.				PAIS Colombia.		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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	1'350.000	GASTOS FAMILIARES	300.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
PENSIONARIOS		ARRIENDOS	250.000	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	230.000	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	1'350.000	TOTAL EGRESOS	780.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Chaballero	Camargo	Pedro	Pablo
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
	Bogotá	Amigo	3212613133

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	FAISCTURAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					
IMPORT ☐ UN	EXPORTA ☐ N	TRANSFERENC ☐ I	PRESTAMOS ☐ O	PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐ O	CUAL: <input type="text"/>

A DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS (CONTINUA)

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.):

Auxiliar de Atención al Usuario - Orientador

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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 periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- 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. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO - AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

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:

AUTORIZACIÓN

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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la 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.

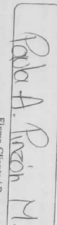
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

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 INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84), e-mail salud@subredcentroorientes.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO.

 Ministerio de Salud Sistema Integrado de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. FORMATO PARA EL COMPLEMENTO Y EL CUERPO COMPLEMENTARIO - PERSONA NATURAL		Edición: E.C.A.F.-2011 Versión: 2017-08-22
COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO ENTENDIDO Y VERIFICADO EN TODOS SUS PUNTOS Y PÁRRAFOS EL PRESENTE DOCUMENTO				
II. FIRMA Y HUELLA		III. INFORMACIÓN CON DE VERIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN		
Firma Cliente / Representante Legal 		Huella Índice Derecho 		
IV. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA				
1. Fecha	2. Ciudad			
3. Nombre del fundador o Asesor:				
4. Lugar de la Entrevista:				
5. Observaciones:				
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☒ RECHAZADO ☐			
7. Firma y Cédula				



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) PAULA ALEJANDRA PINZON MORENO identificado(a) con CC 1023024410 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 20/10/2016

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 29 días del mes de julio del año 2018.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **PAULA ALEJANDRA PINZON MORENO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,023,024,410**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

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

Gerente de Clientes



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1023024410	PAOLA ALEJANDRA PINZON MORENO	SAN CRISTOBAL-ASISTENCIAL CONTRATO	3	2.436%	01/02/2017	30/11/2017	INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 25 de Octubre del año 2017.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 112950526



WEB

13:03:29

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de julio 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) PAULA ALEJANDRA PINZON MORENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023024410:

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 domingo 29 de julio de 2018, a las 13:01:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023024410
Código de Verificación	1023024410180729130101

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 29 de Julio de 2018 - 13:07 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTITRES MILLONES VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS DIEZ**

1023024410

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.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **7_FKKJC_0613**

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 13:28:52 horas del 29/07/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° 1023024410

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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea





NIT. 860.035.827-5

**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**

NIT 860035827 - 5

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

CERTIFICA:

Que PAULA ALEJANDRA PINZON MOREN identificado con el documento No. 1.023.024.410

posee en la oficina CC PLAZA DE LAS AMER (465) una cuenta de ahorros

No. 465782154 desde el 20 de Septiembre de 2016

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Octubre de 2017

Atentamente,

P/e Danilo Bucari Pelido

Gerente Oficina Plaza de las America

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

CAP-IM1-119-V1

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1023.024.410

Numero de Documento

Jegoras Bolívar

ARL

Pinzon

Primer Nombre

Moreno

Segundo Nombre

Paula

Primer Apellido

Alejandra

Segundo Apellido

27/08/1997

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Calle 57A Sur #82-14

Dirección de Residencia

7826281

Teléfono Fijo

Famizumar

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 1'410.000

Honorarios

Auxiliar de Atención al Usuario

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

alejandramoreno2005@gmail.com

Correo Electrónico

320 801 98 76

Celular

Paula Pinzon A.

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

ESTADO DE CUENTA
CUENTA MOVIL
PAULA ALEJANDRA PINZON MORENO

PERÍODO 2017/04/01 A 2017/06/30
PÁGINA 1
CUENTA No. 465-78215-4
PAQUETE TRANSACCIONAL NO APLICA
OFICINA CC PLAZA DE LAS AMER

TOTALES DEL PERÍODO
MOVIMIENTO RESUMEN

Saldo inicial: \$913.67
+ Movimiento crédito: \$2,677,980.00
- Movimiento débito: \$2,678,463.00
Saldo final período: \$430.67

SALDO PROMEDIO Y CUPO SOBREGIRO

Saldo promedio período: \$520.00
Cupo de sobregiro: \$0.00

MOVIMIENTO DIARIO

FECHA	DESCRIPCIÓN TRANSACCIÓN	VALOR	SALDO DIARIO
2017/04/03	COBRO MENSUAL DE NOTIFICACIONES	\$690.00	\$223.67
2017/04/03	NOTA DEBITO I V A	\$131.00	\$92.67
2017/04/10	CREDITO TRANS ACH DE F 009009590517	\$1,338,990.00	\$1,339,082.67
2017/04/10	COMPRA ESTABLECIMIENTO NAL REDEBAN MULTICOLOR	\$9,000.00	\$1,330,082.67
2017/04/10	RETIRO CAJERO B AVV COLSUBSIDIO RO	\$600,000.00	\$730,082.67
2017/04/10	RETIRO CAJERO B AVV COLSUBSIDIO RO	\$600,000.00	\$130,082.67
2017/04/10	RETIRO CAJERO B AVV COLSUBSIDIO RO	\$130,000.00	\$82.67
2017/05/08	CREDITO TRANS ACH DE F 009009590517	\$1,338,990.00	\$1,339,072.67
2017/05/08	COMPRA ESTABLECIMIENTO NAL REDEBAN MULTICOLOR	\$7,000.00	\$1,332,072.67
2017/05/08	RETIRO CAJERO B AVV COLSUBSIDIO RO	\$600,000.00	\$732,072.67
2017/05/08	RETIRO CAJERO B AVV COLSUBSIDIO RO	\$600,000.00	\$132,072.67
2017/05/08	RETIRO CAJERO B AVV COLSUBSIDIO RO	\$130,000.00	\$2,072.67
2017/05/08	COBRO MENSUAL DE NOTIFICACIONES	\$690.00	\$1,382.67
2017/05/08	NOTA DEBITO I V A	\$131.00	\$1,251.67
2017/06/01	COBRO MENSUAL DE NOTIFICACIONES	\$690.00	\$561.67
2017/06/01	NOTA DEBITO I V A	\$131.00	\$430.67

TASAS VIGENTES DEL 1 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 2017
RENTAVILLAS, RENTAVILLAS JUNIOR RENTAVILLAS EMPRESARIAL

Liquida la tasa Base del 0,01% E.A. sobre saldo diario.

VILLADIARIO, CUENTA MÓVIL CAES Y CATS

Liquida la tasa Base del 0,01% E.A. sobre saldo diario.

La Tasa Base vigente se liquida y abona diariamente.

CUENTAS AFC, PLAN AVAL

Liquida la tasa Base del 1,00% E.A. sobre saldo diario.

CERTIVILLAS

RANGO	TASA BASE	PUNTOS(*)	TASA E.A.
\$0 a \$500,000	-	0,01%	0,01%
\$500,000 a \$1,000,000	-	0,50%	0,50%
\$1,000,001 a \$10,000,000	0,75%	0,50%	1,25%
\$10,000,001 a \$20,000,000	1,25%	0,50%	1,76%
\$20,000,001 a \$50,000,000	1,50%	0,50%	2,01%
\$50,000,001 a \$100,000,000	2,00%	0,50%	2,51%
Mayor a \$100,000,000	2,50%	0,50%	3,01%

(*) La tasa de interés se liquida sobre saldo promedio al final de cada trimestre. Los puntos adicionales se liquidan sobre saldo diario y se abonan diariamente.



"Cualquier inconformidad favor comunicarla a nuestros Revisores Fiscales KPMG Ltda. Apartado Aéreo 9122 de Bogotá D.C."

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	Nota de la JEP	FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Paula Alejandra Pinzón	DOCUMENTO:	1.023.024.410		
TELÉFONO	320 801 98 76	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Aux. ATOD-Orientadora		

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 FÍSICO

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	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	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 TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A ☒
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS 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 CIU 8211 FECHA 24-10-17	SI	☒	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A ☒
14	TARJETA PROFESIONAL	SI	☐	N/A ☒
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL 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, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	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 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 (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, 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: FamiSana	SI	☒	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Porvenir	SI	☒	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: Seguro B.	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	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

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

1 DATOS PERSONALES		2 FORMACIÓN ACADÉMICA															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO											
PINZON		MORENO		PAULA ALEJANDRA		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SEXO		NACIONALIDAD		LIBRETA MILITAR					
C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. ☐		F ☒ M ☐		COL ☒ EXTRANJERO ☐		PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☐		NUMERO		D.M.					
FECHA		DIA		MES		AÑO		PAÍS		DEPTO		MUNICIPIO					
27		AGO		1997		COLOMBIA		Bogotá D. C.		Bogotá D. C.		Bogotá D. C.					
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		CLIS7a#80a-19		PAÍS COLOMBIA		DEPTO Bogotá D. C.		MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.		TELEFONO 7828162		EMAIL alejandramoreno1206@gmail.com					
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				bachiller académico				FECHA DE GRADO					
PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIA				MES					
1º				2º				3º				AÑO					
4º				5º				6º				2014					
7º				8º				9º				DICIEMBRE					
10º				11º				12º				DICIEMBRE					



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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL CENSO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 03-dic-2017

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

EXPERIENCIA LABORAL

3



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

ENTIDAD RECEPTORA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DIGITAL DEL SECTOR Y LA COMUNICACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 03-dic-2017

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	COLOMBIA
sub red centro oriente		PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D. C.	BOGOTÁ D. C.					
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO				
5966600 ext 1034	DIA 1 MES 7 AÑO 2017	DIA 15 MES 9 AÑO 2016				
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN				
orientadora	atencion al usuario	cll22sur#8a-58				
EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	COLOMBIA
sub red centro oriente		PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D. C.	BOGOTÁ D. C.					
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO				
5966600 ext 1034	DIA 1 MES 7 AÑO 2017	DIA 15 MES 9 AÑO 2016				
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN				
orientadora	atencion al usuario	cll22sur#8a-58				
EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	COLOMBIA
sub red centro oriente		PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D. C.	BOGOTÁ D. C.					
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO				
3108750351	DIA 1 MES 8 AÑO 2016	DIA 15 MES 9 AÑO 2016				
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN				
ventas	ventas	crt11#76b-28sur				
EMPRESA O ENTIDAD						
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	COLOMBIA
gloher		PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D. C.	BOGOTÁ D. C.					
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO				
3108750351	DIA 1 MES 8 AÑO 2016	DIA 15 MES 9 AÑO 2016				
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN				
ventas	ventas	crt11#76b-28sur				

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

6

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 180/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

5

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	AÑOS	MESES
PÚBLICO		0	8
PRIVADO		0	6
PARTICULAR		0	0
TOTAL		1	3

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

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

4

EMPRESA O ENTIDAD		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
yeison javier camacho mullilo		BOGOTÁ D. C.			
DEPARTAMENTO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
Bogotá D. C.		DÍA 7 MES 12 AÑO 2015		DÍA 30 MES 6 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
3132013274		ventas		crbd#56-29sur	
vendedora					

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

EXPERIENCIA LABORAL

3



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.



Última Actualización: 03-dic-2017

	
FORMATO ÚNICO	
HOJA DE VIDA	
Persona Natural	
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)	
Última Actualización: 03-dic-2017	
	
SISTEMA DE INFORMACIÓN DIGITAL DEL SEPESS Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	
CENTRO ORIENTE E.S.E.	
ENTIDAD RECEPTORA	

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

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

FECHA: 30-07-18 CIUDAD: BOGOTÁ D.C. DEPARTAMENTO: COLOMBIANA
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 Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PINZON	MORON	PAOLA	ALGUNA
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	102302410	BOGOTÁ D.C.	6-OCTUBRE-2015
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
27-AGO-1997	BOGOTÁ D.C.	COLOMBIA	COLOMBIANA
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐			
TELEFONO CELULAR		PROFESION / OFICIO	
		CONDUCTOR	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA			
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ CUAL: <input type="text"/>			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 57 A SUR # 80-19	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7826281
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
ALGUNA@BOGOTÁ206@gmail.com			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 ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	8211	17-02-2016
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR			SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒			Subred Integrada de Salud Centro Oriente			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ A/D ☐		# NIT 900690512			
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ MINERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOL ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: X					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
263945-513		5966600		Bogota		Cundinamarca Colombia	
CARGO ACTUAL		Aca Asesorio USUARIO		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	300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1710.000	ARRIENDOS	250.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	230000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1710.000	TOTAL EGRESOS	280000	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	
Carrallero		Camargo		Pardo		Pardo	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
Av Villas		Bogota		Amigo		3212613133	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
Av Villas		Ahorros		965782159	Plaza AMERICAS		
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 ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ RENTAS ☐ SERVICIOS ☐ CUAL: <input type="text"/>							

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Box Atencion Usuario

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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 periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

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 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o 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 adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el 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 conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

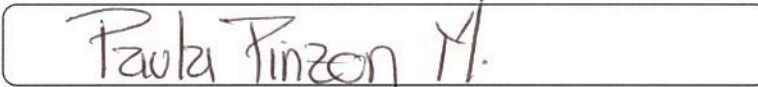
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail sarlatf@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (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 autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA 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 VERDICA 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:			