Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

NIT	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
52902843	GLADIS MARGARITA ROZO RODRIGUEZ	1 día de tiempo transcurrido *(26/06/2018 02:48:25 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	1 día de tiempo transcurrido *(26/06/2018 02:48:25 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

Libertad y Orden

Persona Natural

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

DATOS PERSONALES

IMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Roco	Rodríguez	Gladys Margarita

CUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52.902.843 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

IRETA MILITAR

RIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

CHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

CHA DÍA 08 MES 06 AÑO 1982

ÍS colombia

EPTO Cundinamarca

UNICIPIO Bogota

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 47 sur 1c 25 este

PAÍS colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogota

TELÉFONO 3057101461 EMAIL gatico1023vale2@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

DUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: bachiller academico especialidad contabilidad
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2001

DUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

C (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

S (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).

ELACIONE 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	✓		auxiliar enfermeria	12	2002	52902843

SPECÍFIQUE 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

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
Medical Global Center		✓	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	medicalglobal2@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4745834	DÍA 01 MES 09 AÑO 2015	DÍA 25 MES 06 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
coordinadora		carrera 15 # 58-21

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Red Medica		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	gerenciaredmedicapersas2@gmail.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8577955	DÍA 20 MES 09 AÑO 2014	DÍA 12 MES 05 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Tripolante ambulancia		calle 92 # 60 40

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Organica Medica Integral		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	serviciodelcliente2@miemergencias.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7454542	DÍA 04 MES 06 AÑO 2011	DÍA 17 MES 09 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Tripulante ambulancia		carrera 29 # 78 52

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA __ MES __ AÑO ____	DÍA __ MES __ AÑO ____

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

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	7	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	

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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota 25 06 2018

Margarita Rozo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Gladys Margarita Rozo Rodriguez

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 52.902.843 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : Bogota

DIRECCIÓN Calle 47 sur # 1c 25 este | TELÉFONOS 3057101461

MUNICIPIO Bogota | DEPARTAMENTO Cundinamarca | PAIS Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Ayauth Valentina Mendez Rozo	1.000.337.228	Hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN [X], 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	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	ahorros	177-956021-86	Cll 57 8-10	50.000=

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Miriam Rodriguez	arriendo	400.000
Madgelisa roncallo	pension	213.000
Codensa	Tarjeta	150.000
Gastos Familiares	mercado	800.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL 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

Margarita Rozo
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá 25-06-2018
CIUDAD Y FECHA

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

Colegio

Sur Oriental Panamericano

Aprobado por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Según Resolución No. 7528 del 20 noviembre de 1998

Confiere a:

Gladys Margarita Rozo Rodríguez

C.C. No. 52.902.843 de Bogotá

El Título de:

Bachiller Académico

Con Énfasis en Contabilidad

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al nivel de educación Media (Artículo 28 Ley 115 de 1994
según los planes y programas vigentes

Rector

Secretario (a)

Anotado al Folio No. 142 del Libro para control en el Plantel No. 06

Dado en Bogotá, D.C. el 1 día de diciembre de 2001

"No requiere Registro de la Secretaria de Educación, según decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el ministerio de Educación Nacional, y 2150del 5 de Diciembre de 1995; Presidencia de la Republica

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO SUR ORIENTAL PANAMERICANO
CALLE 39ª SUR No. 3C-45 ESTE
TELEFONOS: 2060281-2063018
BOGOTA. D.C.

Inscripción S.E. 2271 Inscripción DANE 31100118907

En la ciudad de Bogotá. D.C., al primer día del mes de Diciembre de 2001, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO SUR ORIENTAL PANAMERICANO.** Institución aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Académica y Autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO CON ÉNFASIS EN CONTABILIDAD; según Resolución No. 7528 del 20 de Noviembre de 1998. Comprobada la Situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica Procedió a Otorgar el Título de:

Bachiller Académico
Con Énfasis en Contabilidad

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Gladys Margarita Rozo Rodríguez

C.C. 52.902.843 de Santafé de Bogotá, D.C.

Es fiel copia del Acta Original No. 029A del primer día del mes de Diciembre de 2001, consta de 85 alumnos comienza con el nombre de AGATON TORRES JAVIER ARBEY y cierra con el nombre de VELÁSQUEZ SUTANEME JOHN JAIRO. Firmada por **JIMMY ORTIZ JIMÉNEZ** (Rector) y **MERCEDES MALAGON LACHE** (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C. al primer día del mes de Diciembre de 2001

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994, del Gobierno Nacional.

JIMMY ORTIZ JIMENEZ
C.C. 19.302.200 de Bogotá
Rector

COLEGIO S. O. PANAMERICANO RECTORIA Barrio La Victoria

MERCEDES MALAGON LACHE
C.C. 20.063.145 de Bogotá
Secretaria

COLEGIO S.O. PANAMERICANO SECRETARIA BARRIO LA VICTORIA

A.P.I. Impresores Ltda.
3491593

La Republica de Colombia

y en su nombre

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No.31 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No.1330-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de educación de Santafe de Bogotá D.C.

Que: **Rozo Rodríguez Gladis Margarita**

Cursó y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley
Con una intensidad de 1800 horas.

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Técnico

AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESCUELA DE SALUD
FUSDESA
PRESIDENTE

FUSDESA
DIRECTOR
ACADEMICO

Presidente
Roberto Galindo G.

Directora Académica
Lila Yaneth Cícua Ramírez

Dado en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de Diciembre de 2002
Anotado en el folio 919 del libro 04 del Registro de Fusdesa

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y licencia de funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 008

En Bogotá, D.C. El día 20 de Diciembre del año dos mil dos (2002), se reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, El Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el cuerpo de docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

ACTA INDIVIDUAL No. 919

Rozo Rodríguez Gladis Margarita

C.C. 52.902.843 de Bogotá D.C.

El certificado que lo (a) acredita como:

Aptitud Ocupacional Técnico Auxiliar de Enfermeria

Por haber cumplido todos los requisitos académicos y las prácticas hospitalarias reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Veintiún (21) días del mes de Diciembre del año dos mil dos (2002)

ESCUELA DE SALUD
FUSDESA
PRESIDENTE

Presidente
Roberto Galindo G.

FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

Directora Académica
Lila Yaneth Cicua Ramírez

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá

Certifica:

Que: *Gladys Margarita Rozo R*

Asistió al curso de

BASICAS DE ENFERMERIA

Con una intensidad de 40 horas

ESCUELA DE SALUD
FUSDESA
SUBDIRECCION

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro [illegible] Ardila
Director Académico

Enfermera Jefe
Instructora

Programas de Interés Comunitario

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

GLADYS MARGARITA ROZO RODRIGUEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.902.843

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACION DE ENFERMERIA EN ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Con una duración de 50 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá D. C. a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Siete (2007)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2007AP00351 10/07/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

GLADYS MARGARITA ROZO RODRIGUEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.902.843

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACION EN LABORATORIO CLINICO

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D. C. a los Doce (12) días del mes de Octubre de Dos Mil Siete (2007)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2007AP00538 12/10/2007
No Y FECHA DE REGISTRO

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que: *Rozo Rodriguez Gladys Margarita*

Asistió al curso Básico de

Trabajo Social y Comunitario

Con una intensidad de 40 horas

ESCUELA DE SALUD
FUSDESA
PRESIDENTE

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Perez Ardila
Director Académico

Docente

Dado en Bogotá D.C. a los Días del Mes de del Año 200

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá

Certifica:

Que: MARGARITA ROZO RODRIGUEZ

Asistió al curso Básico de

PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad de 20 horas

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA" ESCUELA DE SALUD PLAN BOGOTA

Roberto Galindo Gonzalez
Presidente

Dr. Pedro Abel Perez Ardila
Director Académico

Instructor Socorrista

Dado en Bogotá a los 27 días del mes de Octubre del 2001

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá

Certifica:

Que: ROZO RODRIGUEZ MARGARITA

Asistió al curso Básico de

TERAPIA RESPIRATORIA

Con una intensidad de 20 horas

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA" ESCUELA DE SALUD BOGOTA

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Terapeuta Respiratoria

Dado en Santafé de Bogotá a los 27 días del mes de Octubre del 2001

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá

Certifica:

Que: ROZO RODRIGUEZ MARGARITA

Asistió al curso Básico de

LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad de 20 horas

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA" ESCUELA DE SALUD

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Margarita Rodriguez
Bacterióloga

Dado en Bogotá a los 24 días del mes de Noviembre del 2001

gotá D.C

ñores:

Escuela de salud cuidesa

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

EF, autorización para consulta de títulos Académicos

, Gladys Margarita Rozo Rodriguez en consideración a que el artículo de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y miliar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo tablecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse n el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser tenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el nsentimiento...."

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

Tecnico Auxiliar de Enfermeria

(Nombre del Título Obtenido)

ordialmente;

rma Margarita Rozo

o. de documento: 52 902 843

arjeta profesional No: 52 902 843

irección de contacto: Calle 47 sur 1025 este

eléfono: 3057101461

Bogotá, 26 de Junio 2018

CERTIFICACION LABORAL

La empresa **MEDICAL GLOBAL CENTER SAS** certifica, que la señora **MARGARITA ROZO**, identificada con cedula de ciudadanía N° 52.902.843 de Bogota, labora en nuestra institución desde 01 de septiembre del 2015 hasta el 25 junio del 2018 contrato por prestación de servicios desempeñando el cargo de **CORDINADORA DE AMBULANCIAS**,

Lo anterior se firma a los trece (26) días del mes de Junio Del 2018.

Cordialmente

JAIRO ALBERTO HUERTAS
DIRECTOR MEDICO
Medical Global Center SAS

NIT: 900.674225-7

GESTION HUMANA – RED MEDICA IPS SAS
Certificación Laboral

Por medio de la presente **RED MEDICA IPS AMBULANCIAS,** Certifica que la señora **MARGARITA ROZO,** identificada con la cédula de ciudadanía **No. 52.902.842** de Bogotá, D.C., laboró con la empresa, a través de un contrato a término indefinido desde septiembre de 2014, hasta el mes de mayo de 2015, ocupando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA DE AMBULANCIA.**

La presente se expide a los 27 días del mes de abril del año 2018.

Cordialmente,

EGDNA GUTIERREZ
GERENTE GENERAL

Calle 92 No.60 – 40 Barrio Rio Negro (Bogotá-Cundinamarca) Telefonos: 2577955 – 6183656 CEL.3183471181-3102869092
Email: gerenciaredmedicaipssas@gmail.com

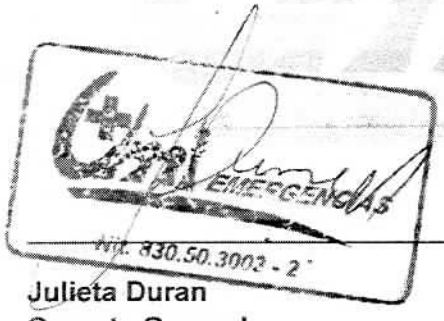
EMERGENCIAS

Nit. 830.503.003-2

CERTIFICACION

UMI EMERGENCIAS S.A.S NIT 830.503.003-2, certifica que la señora **MARGARITA ROZO RODRIGUEZ**, identificado con cedula de ciudadanía **No. 52.902.842** presto sus servicios como Auxiliar de Enfermería desde Junio de 2011 hasta septiembre de 2014.

Se expide esta certificación a los 03 días del mes de Mayo de 2018.



Julieta Duran
Gerente General
UMI EMERGENCIAS S.A.S

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.902.843**
ROZO RODRIGUEZ

APELLIDOS
GLADYS MARGARITA

NOMBRES

Margarita Rozo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-1982**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-JUL-2000 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00301443-F-0052902843-20110517 0026988384A 1 1441254039

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: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14472327307

(415)7707212489984(8020) 000001447232730 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 0 2 8 4 3	2	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	52902843	1982 06 08 (Año Mes Día)

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROZO	RODRIGUEZ	GLADYS	MARGARITA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: / 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 47 SUR 1 C 25 ESTE BRR CANADA GUIRA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
gatico1023vale@gmail.com		3057101461	

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
8692	2011 03 24 (Año Mes Día)		(Año Mes Día)			5132	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2018 06 27 (Año Mes Día)

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: ROZO RODRIGUEZ GLADYS MARGARITA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 27-06-2018
Hora: 12:06:55 PM

CONTRIBUYENTE CC 52902843 GLADYS MARGARITA ROZO RODRIGUEZ

Información

Dirección CL 47 SUR 1 C 25 ESTE

Teléfonos 3057101461

Dirección gatico1023vale@gmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 27/06/2018

Soporte Inscripción 18026544

Fecha Inicio Actividades 24/03/2011

 # 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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

GLADYS MARGARITA
ROZO RODRIGUEZ
C.C. 52902843--

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 28/05/2015

Identificación Física 21/01/2015

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D.C.

Resolución No 2478 de 27/02/2003

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ROZO RODRIGUEZ GLADYS MARGARITA Identificado(a) con CC número 52902843 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 21/12/2002 y registrado en el libro 4 Folio 919 año 2002

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a ROZO RODRIGUEZ GLADYS MARGARITA identificado(a) con CC número 52902843 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 27/02/2003

ORIGINAL FIRMADO POR
LIBARDO CHAVEZ GUERRERO

LIBARDO CHAVEZ GUERRERO
Director de Desarrollo de Servicios
vrs

Bogotá, D.C 23/09/05
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Gladys Margarita Rozo R
CC. # 52'902'843 Bta.
Res # _____ fecha: 23/09/05
Firma Margarita Rozo R.

ula de Ciudadanía ▼ | 52902843 | GLADYS

r Apellido *

O

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

ado General

cación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
C	52902843	GLADYS	MARGARITA	ROZO	RODRIGUEZ	Ver

rmación Detallada [CC: 52902843] GLADYS MARGARITA ROZO RODRIGUEZ

ormación Académica

Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
	Local	Auxiliar de enfermería	2003/2/27	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Margarita Rozo

Apellidos: Rozo Rodriguez

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 52902843

Fecha de Nacimiento: Día 08 Mes 06 Año 1982

ADULT DOSE 1 dose/dosis (1 ml)
rDNA hepatitis B vaccine/Vaccin recombinant contre l'hépatite B/Vacuna antihepatitis B ADNr
IM./Inyec.: I.M. - Storage/Conserv.: +2°/+8°C
Do not freeze/Ne pas congeler/No congelar
GSK Biologicals s.a. Rixensart – Belgium
Engerix -B
ARBV0956BC
08-2012
07-2015

Biológico		Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1		
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1		
	2		
	3	19 Agosto 2009	Claudia Patricia I (illegible) 52.307 181 Aux de Enfermeria
	4	27 MAY 2013	
	5	27 mayo 14	
Contra Hepatitis B	1	16 marzo 2010	Claudia Patricia I (illegible) 52.307 181 Aux de Enfermeria
	2	27 MAY 2013	
	3	27 Nov 13	
	R		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRÁBICA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	4 DOSIS					
VPH	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
INFLUENZA						

Cód. de Prestador 11-0011779801

Inmunosalud
Sede Salud Avalada por Secretaría Distrital de Salud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com
VIGILADO Supersalud

NIT: 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 11001779801
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 11001779802

NOMBRES: GLADYS MARGARITA ROZO

DOCUMENTO: 52902843 TEL:

SEDE PRINCIPAL Cra. 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.
SEDE RESTREPO Cra. 17 No. 15-46 Sur Local 305

PBX 749 53 41 - 476 8989 - Cel. 310 237 1397
inmunosalud@outlook.com - www.inmunosalud.com

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS	19 ABR. 2018	Janssen	1431034	19/ABR/2019	Inmunosalud
	REFUERZO					
VARICELA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
DPTA	1 DOSIS					
NOMBRE		Gladys Rozo Rodriguez.				

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	1 REFUERZO					
	2 REFUERZO	19 ABR. 2018	BC	22150151GA		Inmunosalud
TOXOIDE TETÁNICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	REFUERZO					
HEPATITIS A	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS					

MEDICAL GLOBAL CENTER SAS

NIT: 900.437.951-0
Licencia Salud Ocupacional No. 9606 del 16/09/2011



CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS PERSONALES

EMPRESA : PARTICULAR — FECHA: 26/06/2018

INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	--	OTRO	--	CUAL	----------	EDAD	36	SEXO:	F
NOMBRES:	GLADIS MARGARITA					APELLIDOS:	ROZO RODRIGUEZ			C.C	52.902.843		

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

MEDICO	X	COPROLOGICO	------	FROTIS DE GARGANTA	------
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X	VISIOMETRIA		OPTOMETRIA	X
SEROLOGIA:	---	AUDIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	------

OTROS : GLICEMIA

HISTORIA OCUPACIONAL

CARGO A DESEMPEÑAR:	AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO EVALUACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO	X	APTO CON RECOMENDACIONES	-------	APTO CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO	------
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	---	APTO CON RECOMENDACION PARA MANIPULAR ALIMENTOS:	---	APTO CON RESTRICCION PARA MANIPULAR ALIMENTOS	---
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	---	APTO CON RECOMENDACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS:	---	APTO CON RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS	---

PERIODICO:	SATISFACTORIO	---	NO SATISFACTORIO	---	PUEDE CONTINUAR CON SUS LABORES BAJO LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:	---

EGRESO:	SATISFACTORIO:	----------	NO SATISFACTORIO:	----------

APLAZADO:	---	-----	MOTIVO:	----------

RECOMENDACIONES:	HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SEGÚN PROGRAMA EMPRESARIAL, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGO DE EXPOSICION. CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, PLAN DE EMERGENCIA. RIESGO ERGONOMICO. EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI PORTE NI TENENCIA DE ARMAS.

REQUIERE SEGUIMIENTO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA:	----------
REMISIONES:	----------

IMPORTANTE: Señor trabajador a partir de la fecha usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del Médico Especialista en Salud Ocupacional registradas en este documento. **DECLARACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR**: Manifiesto con mi firma que no omití datos relevantes sobre mi estado de salud que pudiese influir en la evaluación médica, y que las respuestas dadas por mi durante los exámenes en este documento son ciertos.

Dr. Jairo A. Huertas C.

DR. JAIRO HUERTAS
L.S.O 13488/2015
MEDICO ESPECIALISTA S.O

Margarita Rozo

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC: 52.902.843

TÁCTICA SGSST HSE

Nit.900790720-8

C E R T I F I C A

QUE:

GLADYS MARGARITA ROZO RODRIGUEZ

C.C. 52902843

Asistió al:

CURSO TALLER

"SOPORTE VITAL AVANZADO (BLS-ACLS)"

ATENCION AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA

Entregado en Bogotá (Cundinamarca) el día 2 de Octubre de 2016, con una duración de 40 horas, curso desarrollado bajo las guías 2015 de los Comités Nacionales e Internacionales de Resucitación, dictado al personal del área de la salud Hospitalario y Pre hospitalario. Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Protección Social.

EDISON PRIETO
Director Operativo

ANDREI GONZALEZ
Coordinador Instrucción

TÁCTICA SGSST HSE

TÁCTICA SGSST HSE

Nit.900790720-8

CERTIFICA

QUE:

GLADYS MARGARITA ROZO RODRIGUEZ

C.C. 52902843

Asistió al:

CURSO TALLER

"SOPORTE VITAL BASICO (BLS)"

ATENCION AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA

Entregado en Bogotá (Cundinamarca) el día 2 de Octubre de 2016, con una duración de 20 horas, curso desarrollado bajo las guías 2015 de los Comités Nacionales e Internacionales de Resucitación, dictado al personal del área de la salud Hospitalario y Pre hospitalario. Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Protección Social.

TÁCTICA SGSST HSE
JASON PRIETO
Nit 900790720-8
Director Operativo

ANDREI GONZALEZ
Coordinador Instrucción

TÁCTICA SGSST HSE

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

VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA: 25 06 2018	CIUDAD: Bogotá	DEPARTAMENTO: Cundinamarca

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:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bazo	Rodriguez	Gladys	Margarita

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☑ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	52.902.843	Bogota	2000/07/07

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
08-06-1982	Bogotá	colombia	colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☑ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐		1	3057101461

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☑	TECNOLOGO ☐	CUAL:	Auxiliar enfermería

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 47 Sur 1025 este	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
gatcoloz3vale3@mail.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:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐ NO ☒		SI ☐	NO ☒		8692	
			ICA SI ☐	NO ☒		PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒

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 ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐ #NIT

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECCION 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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1.000.000	GASTOS FAMILIARES	200.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	—	ARRIENDOS	400.000	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	363.000	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	1.000.000	TOTAL EGRESOS	963.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
		Pension colegio, cuota tarjeta					

6. REFERENCIAS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Calderon	Mora	Tito	Antonio
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
cll 39 a sur #30540	Bogota	amigo	3052574728

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bancolombia	cuenta ahorros	17795802186	calle 57 # 8 10	3430000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: —

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxilar de Enfermeria

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

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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto 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, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 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 utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 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 prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

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

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

2. El 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 finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la 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 biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Extema 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlaff@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 deses 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

Margarita Rozo

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 VERIFICACIÓN DE INFORMACION

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

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GLADYS MARGARITA ROZO RODRIGUEZ identificado(a) con CC 52902843 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**22/04/2002**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CALLE 26**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 26 días del mes de Junio 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.

DAS16458
Famisanar
Cordialmente
26 JUN 2018
AUTORIZADO

CINDY LORENA DE LA CUADRA GUZMAN
APRENDIZ SENA
EPS FAMISANAR LTDA.

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **GLADYS MARGARITA ROZO RODRIGUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,902,843**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Junio de 2018.

Gerente de Clientes

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52902.843	Positivo
Numero de Documento	ARL

Gladys	Margarita	Rozo	Rodriguez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

08-06-1982	Bogota	Calle 47sur 1c 25e	3057101461
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Famisanar	Porvenir	$ 1'520.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar Enfermeria	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

gatico1023vale@gmail.com	3057101461
Correo Electrónico	Celular

Margarita Rozo	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 52579670

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2297559

Bogotá D.C., 25 de Junio de 2018 - 11:03 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 NOVECIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES**

52902843

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 6_8VF7_0211
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:53:44 horas del 25/06/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52902843**

Apellidos y Nombres: **ROZO RODRIGUEZ GLADYS MARGARITA**

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.

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 111428296

WEB
10:54:45

Bogotá DC. 25 de junio 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) GLADYS MARGARITA ROZO RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52902843:

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 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 lunes 25 de junio de 2018, a las 10:57:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52902843
Código de Verificación	52902843180625105746

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
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Señor(a):
GLADYS MARGARITA ROZO RODRIGUEZ
52902843

de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

Cordial saludo

Al adquirir la cuenta de ahorros **177-956021-86**, que se encuentra activa en el Plan Estándar, usted tiene la posibilidad de:

- Acceder a una amplia red de sucursales, cajeros automáticos y puntos de Bancolombia a la Mano (corresponsal bancario) en todo el país para hacer sus transacciones.
- Para hacer sus compras no será necesario retirar su dinero del cajero automático, ya que puede realizarlas pagando con su tarjeta débito en una gran variedad de establecimientos en todo el país sin ningún costo adicional.
- Disfrutar de descuentos en establecimientos de comercio con el programa Días de Beneficios pagando con su tarjeta débito los cuales puede conocer en www.bancolombia.com.co/masbeneficios.
- Consultar trimestralmente el extracto de su cuenta en la Sucursal Virtual Bancolombia.
- Realizar transferencias sin costo a cuentas Bancolombia a través de su teléfono celular, Bancolombia App, Sucursal Virtual, cajeros automáticos Bancolombia o PAC electrónico.
- Realizar pagos de facturas desde la Sucursal Virtual, Corresponsales Bancarios o Bancolombia App.
- Inscribirse sin costo al servicio de débito automático para pago de créditos personales, CrediÁgil, seguros, tarjeta de crédito, colegios, servicios públicos, aportes a Plan Semilla, entre otros.

Para mayor información sobre tarifas vigentes ingrese a www.bancolombia.com/tarifas.

Características de su cuenta de ahorros:

Cuota de manejo mensual tarjeta débito[2]	$8.880	Costo retiro Bancolombia a la mano CB[1]	$1.650
Retiros en cajero Bancolombia al mes	Gratis	Costo retiro adicional en sucursales[1]	$7.200
Retiros en sucursales al mes	1 Gratis	Saldo mínimo de la cuenta	$0
		Retiros exentos de GMF al mes[2]	$11.604.600

[1]La cuota de manejo y el costo de los retiros por cajero, corresponsal bancario y sucursal Bancolombia pueden cambiar y son comunicados a los clientes a través de la Sucursal Virtual, www.bancolombia.com/tarifas o en las Sucursales Bancolombia.
[2]GMF: Gravamen a Movimientos Financieros (4 x 1000). El cliente puede tener una cuenta exenta del GMF en el sistema financiero, para tener esta marcación debe solicitarla en una sucursal Bancolombia.

Recomendaciones de Seguridad

- No revele su clave personal, cámbiela frecuentemente y nunca preste su tarjeta.
- Al momento de realizar retiros no permita que nadie vea su clave mientras la digita.
- Ante cualquier inconveniente de hurto, pérdida o retención de su tarjeta en el cajero automático, bloquéela a través de la sucursal telefónica Bancolombia o a través de la Sucursal Virtual.
- Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico, en caso de recibir alguno repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

Atentamente,
Nombre
Cargo
Oficina

BANCOLOMBIA
Bogotá - Of. 177 Calle 57
Asesor de servicios Nº 157
Cédula Nº

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

Bancolombia
le estamos poniendo el alma