

Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mi perfil

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Estado de las solicitudes de registro

Aquí se está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
1022033500	Lina García	3 minutos de tiempo transcurrido	3 minutos de tiempo transcurrido	Aceptado

Cancelar o estado de pagación



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

Última Actualización: 19-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GARCIA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) REYES	NOMBRES LINA PAOLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023033680	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 20 MES FEB AÑO 1999 PAÍS Colombia DEPTO Tolima CIUDAD Lérída		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Dg 58 sur 29-38 INT 2 apto 503 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4966648 EMAIL linagarcia3000@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 académico
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	NOVIEMBRE
											AÑO	2016

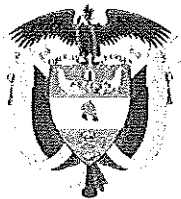
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TEMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X		tecnico laboral en auxiliares enfermeria		6	2018	



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

Última Actualización: 19-dic-2018

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	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

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 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá D.C 19-Dic-2018.

Lina García
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.



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

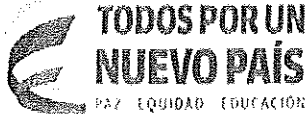
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 19-dic-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LINA PAOLA GARCIA REYES

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1023033680 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Dg 58 sur 29-38 INT 2 apto 503

Teléfonos 3124055644 4966648

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GLADYS REYES SALAZAR	28797401	MADRE

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 ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24088776327	CENTRO	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

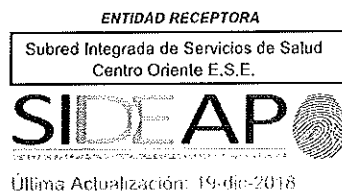
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

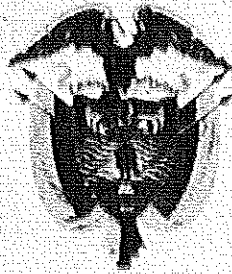
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Lina Garcia
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 19-dic-2018
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Nuevo San Andrés de los Altos

Institución Educativa Distrital

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
mediante Resolución No. 2509 del 27 de Agosto de 2002

Confiere a:

García Reyes Lina Paola

Documento de Identidad No. 990220-09270

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media, según lo establecido en las Leyes
115/94 y 715/2001, Decreto 1290 del 16 de Abril de 2009, el P.E.J.
y demás normas reglamentarias.


Luis Alfredo Rodríguez Rodríguez
C.C. No. 19.250.345 de Bogotá




Fernando Barrios Castro
C.C. No. 5934434 de Acononzo Tolima

Libro de Registro No. 01 Acta No. 14 Folio No. 50

Dado en Bogotá, D.C., a los 24 días del mes de Noviembre del año 2016

Se an registró en el Registro de la Secretaría de Educación, según Decreto No. 821 del 8 de Mayo de 1984, expedido
por el Ministerio de Educación Nacional y 2010 del 3 de Diciembre de 1993, Presidencia de la República



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Decreto Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1989 y Leyenda de Reconocimiento No. 1503 del 22 de abril de 1989, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Tiempo Humano en Salud, Registro profesional No. 16486 del 20 de agosto de 2010, emitido por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., Decreto No. 20714 del 15 de diciembre de 2015, Consejo Intersectorial para el Tiempo Humano en Salud, Segundo programa No. 15402 del 17 de junio de 2016, emitidos de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

LINA PAOLA GARCÍA REYES

C.C. 1.023.033.680 DE BOGOTÁ D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

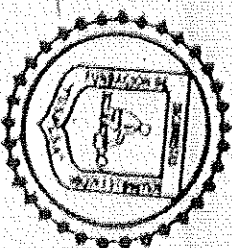
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

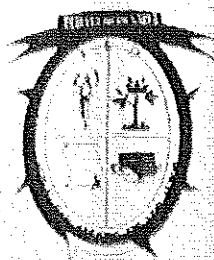


NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

Dado en Bogotá, D.C., a los 23 días del mes de junio de 2016.
Anotado en el Folio 17144 Del libro 06 del Registro de FUSDESA.



PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO



COLEGIO "NUEVO SAN ANDRÉS DE LOS ALTOS"
Institución Educativa Distrital
Código DANE No. 111001046485

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, DC. A los Dieciocho (18) días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis (2016), se reunieron los suscritos Rector y Secretario Académico del COLEGIO NUEVO SAN ANDRÉS DE LOS ALTOS, Institución Educativa Distrital, aprobada oficialmente por la Secretaría de Educación del Distrito Capital. Mediante Resolución No 2509 del 27 de agosto de 2002, en los niveles de Educación Preescolar, Básica y Media Académica, con el fin de formalizar el proceso de graduación de los estudiantes de grado Once (11°).

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondiente a dichos niveles se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

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

García Reyes Lina Paola
D.I. No. 990220-09270

Es fiel copia tomada del libro de Actas generales de grado, Acta 14 del día Veinticuatro (24) de noviembre de dos mil dieciséis (2016), que consta de (113) estudiantes que inicia con **AGUILAR HERNÁNDEZ VANESSA KATHERINNE** y finaliza con **ZAMBRANO LÓPEZ LAURA FERNANDA**. Firmada por **LUIS ALFREDO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ** Rector, y **FERNANDO BARRIOS CASTRO** Secretario Académico.

Dada en Bogotá, DC. A los veinticuatro (24) días del mes de noviembre de dos mil dieciséis (2016).

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994, ni sellos según el Artículo 20 de la Ley 962 de 2005.

Rector

LUIS ALFREDO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
C.C. No. 19.259.345 de Bogotá

Secretario Académico General

FERNANDO BARRIOS CASTRO
C.C. No. 5.934.434 de Icononzo Tolima

Folio No. 50, Acta No. XX Libro No. 21



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

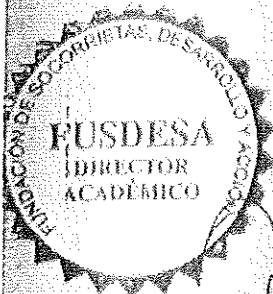
Aprobada por la Universidad en Salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-006 del 25 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00311 del 10 de Diciembre de 2015. Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 040

ACTA INDIVIDUAL N° 17144

En Bogotá D.C. a los 23 días del Mes de Junio del año 2018
LINA PAOLA GARCÍA REYES
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.023.033.680 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR DE ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL**.

Anotado en el Folio 17144 del Libro 06 del Registro de FUSDESA




NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA




PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO



La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Conceden para el Título y Desarrollo Humano Acuerdo Circulares No. 31 del 12 de febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1350-22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Suceso No. 164 del 15 de marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Suceso No. 303314 del 10 de diciembre de 2015. Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de junio de 2016 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Lina Paola García Reyes

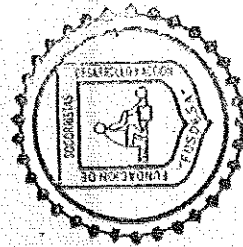
Que:

Asistió al curso de

SUTURA I

Con una intensidad de 20 horas

[Signature]
Randy Salgado Gómez
Directora



[Signature]
Docente

Dado en Bogotá D.C. a los 21 Días Del mes De Noviembre de 2017



La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Conceder para el Trabajo y Desarrollo Humano Encuentro Científico No. 21 del 12 de febrero de 1999, auspiciado por el Ministerio de Salud y Turismo de Guatemala, No. 1000-771 de 2011 de 1999, emanado de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Resolución del Programa Encuentro No. 164 del 15 de febrero de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Registro programático No. 15-036 del 20 de agosto de 2010, emanado de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 30 de septiembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Registro programático No. 15-021 del 17 de junio de 2016 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

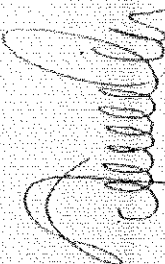
Certifica:

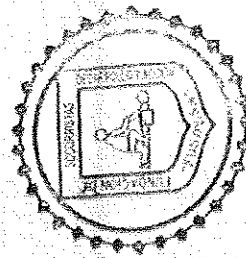
Que: Lina Paola García Reyes

Asistió al curso de

SUTURA II

Con una intensidad de 20 horas


Pance Galindo Gómez
Directora




Docente

Dado en Bogotá D.C. a los 22 Días Del mes De Noviembre de 2017

Bogotá D.C

Señores:

FVODESA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

AUXILIAR de enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Lina García

No. de documento:

1023033680

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: DIAG. 58 sur # 29-38 m72 AP.503

Teléfono:

496 66 48

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.023.033.680

GARCIA REYES

APELLIDOS

LINA PAOLA

NOMBRES

Lina Garcia
FIRMA



ÍNDICE DE RECHO

FECHA DE NACIMIENTO

20-FEB-1999

LERIDA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

A+

F

ESTATURA

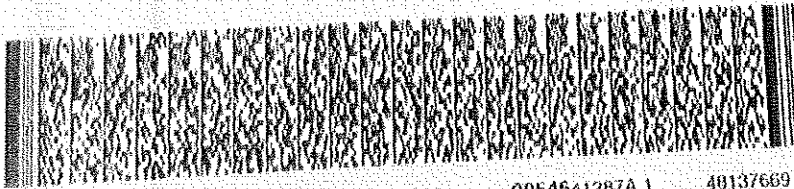
G.S. RH

SEXO

23-FEB-2017 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GÁLMEZ VÁLDEZ



P-3500150-00892030-F-1023033680-20170329

0054641287A 1

40137669



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

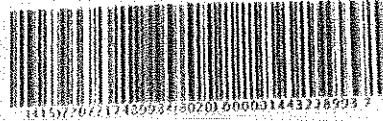
ESTADO DE PAGOS
ESTADO DE PAGOS

001

3 Continúa: 0 1 Inscripción
Suplemento para el DIAN

4 Número de formulario

14432289937



9 Número de identificación Tributaria (NIT)
1 0 2 3 0 3 3 8 8 0 - 5

6 DV
12 Dirección asociada
Bogotá D.C.

11 Buzón electrónico
3 2

IDENTIFICACION

27 Fecha expedición

2 0 1 7 0 2 2 3

24 Tipo de contribuyente
Persona natural o sucesión ligada

25 Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

26 Número de identificación
1 0 2 3 0 3 3 8 8 0

28 País
COLOMBIA

29 Departamento
BOGOTÁ D.C.

30 Cantón/Municipio
BOGOTÁ D.C.

31 Códigos
0 0 1

32 Primer apellido
GARCIA

33 Segundo apellido
REYES

34 Primer nombre
LINA

35 Otros nombres
PAOLA

36 Régimen social

37 Nombre con alias

38 Sexo

UBICACION

39 País
COLOMBIA

40 Departamento
BOGOTÁ D.C.

41 Cantón/Municipio
BOGOTÁ D.C.

42 Códigos
0 0 1

43 Dirección principal
OG 58 SUR 28 38 IN 2 AP 503

44 Correo electrónico
linagarcia3000@gmail.com

45 Código postal

46 Teléfono 1
4 9 6 6 6 4 8

47 Teléfono 2
3 1 2 4 0 5 5 6 4 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

48 Código
8 6 9 2

49 Fecha inicio actividad
2 0 1 7 0 8 1 0 4

50 Código
1 2

51 Código

52 Número
establecimiento

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53 Código: 2 0

54 Oportunidad

Obligados aduaneros

Exportadores

55 Código

56 Forma
57 Tipo
58 Modo
59 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

60 Acreditado: SI X NO

61 No de Folios
1

62 Fecha
2 0 1 7 0 9 1 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia, cualquier falsedad o inexactitud en sus datos podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del contribuyente:

Siempre de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

63 Nombre
PARRA BALLEEN CINDY PAOLA
64 Cargo



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 14/09/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 1023033690

UNA PAOLA GARCIA REYES

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: DG 58 SUR 29 38 IN 2 AP 503 Teléfono: 3124056644
Dirección electrónica: lnagarcia3000@gmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá D.C.
Fecha de inscripción: 14/09/2018 Soporte inscripción:

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica	PERSONA NATURAL	Régimen tributario	SIMPLIFICADO	Fecha desde	NO REGISTRA
Fecha inicio de Actividades:	04/08/2017	Fecha de cese de Actividades:	NO REGISTRA	No Establecimientos:	0
Actividad 1	86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud)				
Actividad 2					
Actividad 3					
Actividad 4					
Actividad 5					

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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: RIT-S-11



MEJOR
PARA TODOS





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 9353 de 17/07/2018

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2018, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y.

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GARCIA REYES LINA PAOLA Identificado(a) con CC número 1023033680 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN FUSDESA el día 23/06/2018

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a GARCIA REYES LINA PAOLA identificado(a) con CC número 1023033680 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 17/07/2018

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Revisó: Sebastián Guevara
Eduardo Viquez Sánchez

Bogotá, D.C. 31/08/2018
A la fecha notifique personalmente al
señor(a) Lina Paola Garcia Reyes
CC. # 1023033680
Firma Lina Reyes.

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



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía



1023033680

Primer Nombre *

LINA

Primer Apellido *

GARCIA

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-10-24--9:22:13 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1023033680	LINA	PAOLA	GARCIA	REYES	Ver

VACUNA		FECHA APLICACION	FIRMA VACINADOR
HEPATITIS A	1 Dosis	14/01/08	27 ENE 2017
HEPATITIS B	1 Dosis	14/01/08	27 ENE 2017
2 Dosis		14/01/08	27 ENE 2017
3 Dosis		14/01/08	27 ENE 2017
4 Dosis		14/01/08	27 ENE 2017
5 Dosis		14/01/08	27 ENE 2017

VACUNA		FECHA APLICACION	FIRMA VACINADOR
VARICELA	1 Dosis		
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 Dosis		
2 Dosis			
3 Dosis			
4 Dosis			
5 Dosis			

VACUNA		FECHA APLICACION	FIRMA VACINADOR
T. TETANICO DIFTERICO	1 Dosis	21-03-13	
2 Dosis			
3 Dosis			
4 Dosis			
5 Dosis			

Immunosalud

SEDE PRINCIPAL
Cra. 15 No. 51-14 Piso 2
Bogotá, D.C.
www.immunosalud.com

SEDE RESERVO
Cra. 17 No. 15-46 Piso 1
Bogotá, D.C.
www.immunosalud.com

PBX 749 53 41
278 77 99
Cel. 310 237 1397

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Immunosalud

Consulte su certificado de vacunación en:
www.immunosalud.com

NOMBRE: Una Paola Garcia

DOCUMENTO: 990220-09220

TELÉFONO:

VACUNA	FECHA APLICACION	FIRMA VACINADOR
1ra. Dosis		
2da. Dosis		
3ra. Dosis		
4ra. Dosis		
5ra. Dosis		

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 26-oct-2018 HORA 09:29:15

EMPRESA PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Lina Paola Garcia Reyes

Edad: 19 años 8 meses 6 días

Documento de Identificación: CC: Número: 1023033680

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA



Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Otras Recomendaciones: 1/Siempre utilizar los elementos de protección personal que se requieran para la labor que va a ejercer: tapabocas, guantes y bata quirúrgica. 2/ Conocer y aplicar adecuadamente los protocolos de bioseguridad. 3/Realizar cambios de posición frecuentemente en el puesto de trabajo. 4/Implementar en el puesto de trabajo el programa de pausas activas con el fin de disminuir el estrés, la fatiga y el cansancio originados por los movimientos repetitivos y posiciones prolongadas. 5/Lavado correcto de las manos. *Capacitar en riesgo biológico. AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS: MEDICO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR: NORMAL. REMISION A EPS?: NO

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

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

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

Médico

Trabajador

Firma

Fabian S. Ramirez T.
FABIAN S. RAMIREZ TORRES
C.C. 1013500119

Firma

Lina Garcia

Nombre:

FABIAN SNAIDER RAMIREZ TORRES

Nombre:

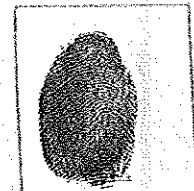
Lina Paola Garcia Reyes

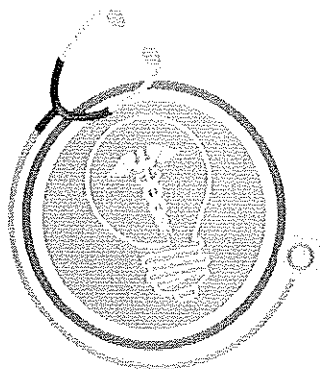
RM

Lic. SO. 25-5205

CC N°

1023033680





SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Lina Paola García Reyes

C.C. 1.023.033.680 de Bogotá.

**ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO**

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

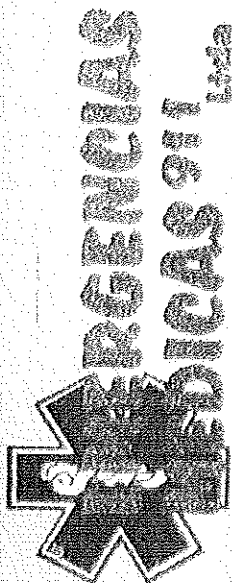
**DADO A LOS 15 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2018,
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS**

Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD



Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 2 FOLIO 0588



EMERGENCIAS MEDICAS 911 Ltda.

CERTIFICA QUE:

Lina Paola García Reyes

C.C. 1.023.033.680

Asistió y cursó satisfactoriamente el programa de entrenamiento **SOORTE VITAL BASICO** basado en los lineamientos de la resolución 2003 del 2014 del Ministerio de Protección Social con una intensidad de (20) horas.

Dado, en Bogotá, D. C. a los 26 días del mes de Mayo de 2018.

ALEJANDRO GARCÍA GARRIDO
Gerente

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

FECHA: 14/12/18. CIUDAD: Bogotá. DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distigüo Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario 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 Politcas de la Entidad enumeradas 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

☒ SERVIDOR PUBLICO

☐ OTRO

CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

Genova

Peyes

Lina

Faola

TIPO DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION

LUGAR EXPEDICION

FECHA EXPEDICION

☒ C.C.

☐ R.C.

☐ NUP

☐ NIT

103033480

Bogotá

Cundinamarca

2017-02-23

PASAPORTE

OTRO

¿ES RESIDENTE EN COLOMBIA?

SI

NO

FECHA NACIMIENTO:

LUGAR NACIMIENTO

PAIS NACIMIENTO

NACIONALIDAD:

20

Levinda - Tolima

Colombia

Colombiana

SOLTERO(A)

CASADO(A)

DIVORCADO(A)

UNION LIBRE

PERSONA A CARGO

NUMERO DE HIJOS

TELEFONO CELULAR

☒ SOLTERO(A)

☐ CASADO(A)

☐ DIVORCADO(A)

☐ UNION LIBRE

312455644

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADÉMICA

MAGISTER

POSGRADO

UNIVERSITARIO

TECNOLOGICO

BACHILLER

OTRO

PRIMARIA

TECNICO

CUAL:

☐ MAGISTER

☐ POSGRADO

☐ UNIVERSITARIO

☐ TECNOLOGICO

☐ BACHILLER

☐ OTRO

☐ PRIMARIA

☒ TECNICO

Art de enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:

CUIDAD RESIDENCIA

DEPARTAMENTO:

PAIS RESIDENCIA:

TELEFONO RESIDENCIA

Diseno # 24 - se in 2 años

Bogotá

Cundinamarca

Colombia

496648

CORREO ELECTRONICO:

PORTAL O PAGINA INTERNET

TIPO DE VIVIENDA

PROPIA

FAMILIAR

ARRENDADA

linalgovva3eecegmavilcom

☐ PROPIA

☐ FAMILIAR

☐ ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI TIENE)

CUIDAD:

DEPARTAMENTO:

PAIS:

TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION

NUMERO IDENTIFICACION

LUGAR EXPEDICION

FECHA EXPEDICION

☐ C.C.

☐ R.C.

☐ NUP

Cundinamarca

496648

PASAPORTE

OTRO

CUAL:

¿ES RESIDENTE EN COLOMBIA?

SI

NO

NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARADO

ESTUDIANTE

BOGAR

PENSIONADO

CUAL:

☐ ASALARADO

☐ ESTUDIANTE

☒ BOGAR

☐ PENSIONADO

SOCIO

CONTRATISTA

COMERCiante

EMPLEADO PUBLICO

OTRA.....

☐ SOCIO

☐ CONTRATISTA

☐ COMERCiante

☐ EMPLEADO PUBLICO

PROFESIONAL INDEPENDIENTE

SOCIO

OTRA.....

☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE

☐ SOCIO

INFORMACION TRIBUTARIA

DECLARA RENTA

SI

NO

IVA

SI

NO

CODIGOS CLITE ACTIVIDAD ECONOMICA

☐ SI

☐ NO

☐ IVA

☐ SI

☒ NO

6692

RESPONSABLE:	☐ NO ☒ SI		ICA	☐ SI ☐ NO	☒ NO ☐ SI	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	☐ SI ☒ NO
GRAN CONTINGENTE	☐ SI ☐ NO	☒	AGENTE RETENEDOR		☐ SI ☒ NO	AGENTE AUTORETENEDOR	☐ SI ☒ NO

FUNCIÓNARIO PÚBLICO		ADMINISTRA. RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒				
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ OTROS ☐		# VIT ☐	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALTO ☐ OTROS ☐ MEDICAMENTOS ☐					
OTRA ☐ CUAL: ☒					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO	CUIDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACION FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
				PASIVOS	
SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 0	AHORROS	\$ 0
HONORARIOS	\$ 0	ARRENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0
ARRENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES			
(No debe ser familiar ni tener con el Cliente o Contraparte alguna vez vinculada en Dinero Laboral)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gonzalez	Quecan	Soave	Alejandra
DIRECCION	CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Cl 479 sur H 25-60A162	Bogotá	Amiga	327.457 03 76.

7. REFERENCIA FINANCIERA			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL
Banco Caja Social	cuenta Ahorros	240887763	Centro
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAIS/CUIDAD
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:			
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐	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 entregué a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Auxilio de enfermería.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, extinguiendo 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 Rti 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 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. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EMPRESA PARA REPORTAR CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION 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 PAISIS.

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 Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dichas disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan 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, enténdase 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, suministraros 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 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 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 tramos 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 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 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 efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y UIAF, Pasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes. e) A la 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 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 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 Nacionalde Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***Dispositivo 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84, e-mail surdef@subredcentroorientesalud.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.AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizaio, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientesalud.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 LIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Lma Garcia



Huella Índice Derecho

Firma Cliente/ Representante Legal

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: <div> ☐ ACEPTADO <div> ☐ RECHAZADO </div> </div>		
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:		



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS		DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1023033680	
NOMBRES	LINA PAOLA	
APELLIDOS	GARCIA REYES	
FECHA DE NACIMIENTO	BOGOTÁ D.C.	
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.	
MUNICIPIO		

Estado de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR EPS.	CONTRIBUTIVO	01/12/2013	31/12/2099	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 12/10/2016 15:25:36 | Estación de origen: 1023033680

Información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4522 de 2016

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o ECC sin tener en cuenta la fecha de afiliación en la entidad. Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de afiliación que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de afiliación que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de afiliación que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad.

Respecto a la actualización de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su entidad de afiliación, en este caso de las EPS, ECC y EPS-S.

Respecto a la actualización de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su entidad de afiliación, en este caso de las EPS, ECC y EPS-S.

Respecto a la actualización de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su entidad de afiliación, en este caso de las EPS, ECC y EPS-S.

Respecto a la actualización de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su entidad de afiliación, en este caso de las EPS, ECC y EPS-S.

Respecto a la actualización de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su entidad de afiliación, en este caso de las EPS, ECC y EPS-S.

Respecto a la actualización de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su entidad de afiliación, en este caso de las EPS, ECC y EPS-S.

Respecto a la actualización de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su entidad de afiliación, en este caso de las EPS, ECC y EPS-S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LINA PAOLA GARCIA REYES** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía número **1023033680**, se encuentra afiliado (a) desde **26/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1023033680

Número de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Lina

Primer Nombre

Paola

Segundo Nombre

García

Primer Apellido

Reyes

Segundo Apellido

20-02-1999

F. Nacimiento dd/mm/aa

León de Tolima

Ciudad de Nacimiento

AySBur #29-2017-2018

Dirección de Residencia

4966648

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Auxiliar de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

linagarcia3000@gmail.com

Correo Electrónico

3124055644

Celular

Lina García

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

CC

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 120177469



WEB

15:02:10

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de enero del 2019

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) LINA PAOLA GARCIA REYES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023033680:

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 GONZALEZ
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 martes 23 de octubre de 2018, a las 14:25:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023033680
Código de Verificación	1023033680181023142545

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



Bogotá D.C., 23 de Octubre de 2018 - 14:34 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 TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA**

1023033680

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.

Quando 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.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero

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: **10_3NE6L_3414**

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 14:36:21 horas del 23/10/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° 1023033680

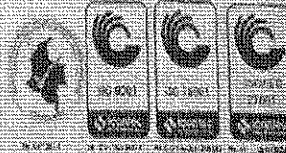
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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
(Paloquemán) - 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. (071) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000910112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (071) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

HACE CONSTAR

Care client(s)

LINA PAOLA GARCIA REYES

Identificado con

CE 102103386

Actualmente posee(n) el siguiente producto radicado en la oficina 0625 CARRERA DECIMA con las siguientes características

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Numero

24088776327

Fecha de Apertura

12 de octubre de 2018

Condiciones de Manejo

Individual 1 Firmas(s) 0 Sello(s) humederos) o de caucho Sin protector

Estado

CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a A QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0271 CIUDAD TUNAL de la ciudad de BOGOTA el dia viernes 26 de octubre de 2018

Cordialmente,

Electuado por

Y8S3C6A1 - YUDI ANDREA SALCEDO CALDERON

