

Bogota, 13 de enero de 2020

Señores:
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
Ciudad

Asunto : Propuesta para Prestación de Servicios como Profesional Especializada

Yo **CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO** identificada con cédula de ciudadanía N° **1.024.477.122** de Bogotá, de profesion Enfermera ofrezco mis servicios profesionales para realizar las funciones que se me sean asignadas; para lo cual manifiesto que cuento con disponibilidad de tiempo para cumplir con las obligaciones requeridas por la Subred Intergrada de Servicios de Salud Sur.



CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO
CC 1.024.477.122
Cel : 3134091125
Correo: cindymp1028@gmail.com





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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
SIDEAPO
Última Actualización: 13-ene-2020

1 DATOS PERSONALES

<small>PRIMER APELLIDO</small> MATAMOROS		<small>SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)</small> PERDOMO		<small>NOMBRES</small> CINDY MARJURY	
<small>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</small> C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1024477122			<small>SEXO</small> F ☒ M ☐		<small>NACIONALIDAD</small> COL ☒ EXTRANJERO ☐
<small>LIBRETA MILITAR</small> PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____					
<small>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</small> FECHA DIA 28 MES OCT AÑO 1987			<small>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</small> AC 68 Sur 70 D 71		
PAÍS Colombia			DEPTO Bogotá D.C.		
CIUDAD Bogotá D.C.			TELEFONO 3091542		
CIUDAD Bogotá D.C.			EMAIL cindymatamorosp@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	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	MES	AÑO
									☒	NOVIEMBRE	2004

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		TERMINACIÓN	No. DE TARJETA	
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES AÑO	PROFESIONAL	
Maestría	4	X	MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA		3 2018		
Especialización Universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION EN SALUD PUBLICA		10 2012		
Universitaria	9	X	ENFERMERIA		3 2010	25703	



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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 13-ene-2020

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TALLER DE AUDITORIA DE PACIENTE	UNIVERSIDAD DE ROSARIO	2019	6
Taller asesoría pre y post prueba VIH- pruebas rápidas	Liga Colombiana de lucha contra el SIDA y SDS	2014	24
Seminario Taller Atención Primaria en Salud	Fundación Universitaria Sanitas	2013	16
Diplomado virtual AIEPI	Universidad de Caldas	2012	40
Consejería en lactancia materna	Hospital de Usme I Nivel	2010	16

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
inglés		X			X			X	

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Corporación Territorio, Paz y Desarrollo		PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD territoriopazydesarrollo@gmail.com			
TELÉFONOS 3013667951	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 9 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 2 AÑO 2019		
CARGO O CONTRATO Investigadora y Formadora	DEPENDENCIA Género	DIRECCIÓN Calle 33 a N° 19 - 46			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital de Salud		PÚBLICA ☒	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 10 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 7 AÑO 2018		
CARGO O CONTRATO Profesional especializado para adopción de	DEPENDENCIA Dirección de Provisión de Servicios	DIRECCIÓN Carrera 32 # 12 - 81			



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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SIDEAPO
Última Actualización: 13-ene-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital de Salud		PÚBLICA X		PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 1 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 6 AÑO 2017		
CARGO O CONTRATO Profesional especializado de seguimiento a	DEPENDENCIA Subsecretaría de Salud Pública		DIRECCIÓN Carrera 32 No. 12 81		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur		PÚBLICA X		PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co		
TELÉFONOS 4852540, 4853551	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO Profesional de Curso de Vida de Infancia	DEPENDENCIA Salud Pública		DIRECCIÓN Transversal 44 No. 51 B 16 Sur		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme		PÚBLICA X		PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacion.ops@eseusme.gov.co		
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 3 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 7 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO Coordinadora de Gestión Intersectorial y	DEPENDENCIA Salud Pública		DIRECCIÓN Carrera 13 No. 135 a 42 Sur		



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 13-ene-2020

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	
Hospital de Usme	X			Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones@eseusme.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7660666	DÍA 2 MES 1 AÑO 2015	DÍA 28 MES 2 AÑO 2016			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
Profesional Especializado en la Coordinación	Salud Pública	Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	
Hospital de Usme	X			Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones@eseusme.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7660666	DÍA 7 MES 4 AÑO 2014	DÍA 30 MES 12 AÑO 2014			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
Profesional especializado en la Coordinación	Salud Pública	Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	
Hospital de Usme	X			Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones@eseusme.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7660666	DÍA 1 MES 7 AÑO 2013	DÍA 30 MES 1 AÑO 2014			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
Coordinadora de territorio	Salud Pública	Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			



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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SIDEAP
Sistema Integrado de Datos de Atención Primaria
Última Actualización: 13-ene-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@essusme.gov.co	
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO Profesional en la Coordinación de territorio	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@essusme.gov.co	
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 1 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@essusme.gov.co	
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur	



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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 13-ene-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico Comenzando por el Actual

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@eseusme.gov.co		
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 8 AÑO 2012		
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Salud Pública		DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@eseusme.gov.co		
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 5 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 7 AÑO 2012		
CARGO O CONTRATO Referente Estrategias Materno Infantiles	DEPENDENCIA Salud Pública		DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@eseusme.gov.co		
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 2 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2012		
CARGO O CONTRATO Referente Estrategias Materno Infantiles	DEPENDENCIA Salud Pública		DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur		



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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 13-ene-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@esesusme.gov.co			
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 1 AÑO 2012		
CARGO O CONTRATO Enfermera- Salud Visual	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@esesusme.gov.co			
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 12 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2011		
CARGO O CONTRATO Referente Estrategias Materno Infantiles	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@esesusme.gov.co			
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 11 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2011		
CARGO O CONTRATO Referente Estrategias Materno Infantiles	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			



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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SIDEAP
Última Actualización: 13-ene-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico Comenzando por el Actual

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
Hospital de Usme		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones@eseusme.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7660666	DÍA 1 MES 9 AÑO 2011	DÍA 31 MES 10 AÑO 2011			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
Profesional en Enfermería	Salud Pública	Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
Hospital de Usme		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones@eseusme.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7660666	DÍA 2 MES 5 AÑO 2011	DÍA 31 MES 8 AÑO 2011			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
Referente de estrategias materno infantil	Salud Pública	Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
Hospital de Usme		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones@eseusme.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7660666	DÍA 7 MES 2 AÑO 2011	DÍA 30 MES 4 AÑO 2011			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
Referente Estrategias	Salud Pública	Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			



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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 13-ene-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@eseusme.gov.co			
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 12 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2010		
CARGO O CONTRATO Estrategias AIEPI	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@eseusme.gov.co			
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 11 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2010		
CARGO O CONTRATO Referente	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@eseusme.gov.co			
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 10 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 10 AÑO 2010		
CARGO O CONTRATO Profesional VSP	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur			



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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 13-ene-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Usme	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones@eseusme.gov.co	
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 8 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO Enfermera Jefe	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Carrera 13 N° 135 A 42 Sur	

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
Privada	0	5
Pública	7	0
Total	7	5

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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

	FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA Persona Natural (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)	ENTIDAD RECEPTORA Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. SIDEAP Última Actualización: 13-ene-2020
---	---	--

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

<div></div>	
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



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.



SIDEAP

Última Actualización: 13-ene-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1024477122 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección AC 68 Sur 70 D 71 Teléfonos 3134091125 3091542

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE EUSEBIO MATAMOROS	19416451	Padre
IDALY PERDOMO SABOGAL	28715231	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	\$ 59.600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 59.600.000,00

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 Davivienda	Cuenta de ahorros	004870319854	Tunal	\$ 80.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehículo	Carro	\$ 20.000.000,00
Apartamento	Apartamento	\$ 81.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco Davivienda	Crédito Libre Inversión	\$ 19.000.000,00
Banco Finandina	Crédito de Vehículo	\$ 16.000.000,00

 TODOS POR UN NUEVO PAÍS <small>PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN</small>	FORMULARIO ÚNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA Persona Natural (LEY 190 DE 1995)		ENTIDAD RECEPTORA Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.  Última Actualización: 13-ene-2020
	Banco Finandina Tarjeta de Crédito \$ 5.000.000,00	Bancolombia Crédito Hipotecario \$ 35.000.000,00	

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	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 ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA


 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-ene-2020
 CIUDAD Y FECHA



Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTÁ, D.C.,
BOGOTÁ, D.C.,
COLOMBIA,

13/01/2020

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO** con Cédula de Ciudadanía número **1024477122**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número **0570004870319854**
Fecha de apertura **10/05/2010**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TÍTULO DE

Enfermera

A

Cindy Marjory Matamoros Perdomo

c.c: 1024477122 Bogotá

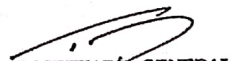
QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a 11 de marzo de 2010


DECANATURA DE FACULTAD


RECTORÍA


SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 453 folio 31 libro 3
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Enfermería

0119801



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE
Enfermería

ACTA DE GRADO NÚMERO 451

El Consejo de Facultad en su sesión del día 18 de febrero de 2010. Acta No. 3

CONSIDERANDO QUE

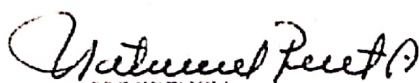
Cindy Marjory Matamoros Perdomo
C.C. 1024477122 Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Enfermera

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 119801 consignado en el Registro No. 453 folio 31 Libro No. 3

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, D.C., a los 18 días del mes de febrero de 2010


PRESIDENCIA
Consejo de Facultad


SECRETARÍA
Consejo de Facultad

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



TENIENDO EN CUENTA QUE

Cindy Marjory Matamoras Perdomo
C.C. 1.024.477.122 de Bogotá D.C.

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS
DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO LE CONFIERE EL TÍTULO DE

*Especialista en Administración en Salud
Pública Énfasis en Administración de
Servicios de Salud*

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 05 días del mes de octubre de 2012

n/a/
DECANATO, FACULTAD

Matamoros
RECTORÍA

Joatane Ramiro
SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 1145, Folio 77 del Libro de Diplomas No. 3
DE LA SERIE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina

31734



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 1135

El consejo de Facultad en su sesión del día 30 de agosto de 2012 - Acta No. 28

CONSIDERANDO QUE

Cindy Marjory Matamoros Perdomo

C.C. 1.024.477.122 de Bogota D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Especialista en Administración en Salud

Pública Énfasis en Administración de

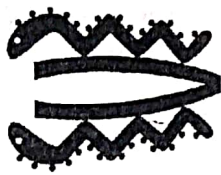
Servicios de Salud

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 31734 consignado en el Registro No. 1145, Folio 77 del Libro No. 3

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 30 días del mes de agosto de 2012

[Firma]
PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

[Firma]
SECRETARÍA
Consejo de Facultad



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE:

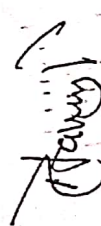
CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.024.477.122 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C.

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

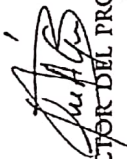
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 21 DE FEBRERO DE 2018


RECTOR


DIRECTOR DE POSTGRADOS


PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO


DIRECTOR DEL PROGRAMA


SECRETARIO GENERAL



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No. 11153 de 1978 Reconocimiento institucional como
Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.
Vigilada Mineducación

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 21 de febrero del año 2018, según consta en el Acta No. 1130 y Acuerdo No. 15234 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

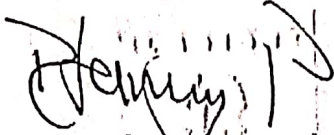
CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO
C.C. No. 1.024.477.122 DE BOGOTÁ D.C.

del programa de Maestría en Salud Pública, quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

En ceremonia solemne del día ocho (08) de marzo del año 2018, se le hará entrega del diploma No. 18924, el cual aparece registrado con el No. 19408, al folio 1109 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2018.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de acta de grado, en Bogotá, D.C, a los dos (02) días del mes de marzo del año dos mil dieciocho (2018).


RAFAEL SÁNCHEZ PARÍS
RECTOR


LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

No. 137221

Por una Cultura de la Vida, su Calidad y su Sentido

Carrera 7 b bis No. 132 - 11, PBX (571) 648 90 00 Fax 6252030
www.unbosque.edu.co Bogotá - Colombia



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ

LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

CERTIFICA

Que: *Cindy Matamoros*

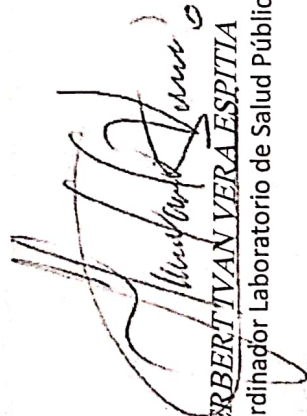
CC. 1024477122

Asistió a la Capacitación:

Taller Teórico Práctico en Pruebas Rápidas en HIV y Sífilis

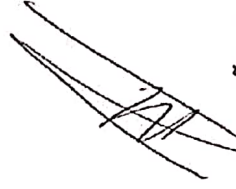
Realizado los días 2 de Marzo de 2018

Intensidad Horaria 8 Horas


HERBERT VAN VERA ESPITIA
Coordinador Laboratorio de Salud Pública


MARTA SOLER SOLER

Bacterióloga LSP


MARIA DEL PILAR MUÑOZ CASTAÑEDA

Bacterióloga LSP

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

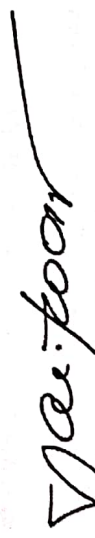
Certifica que

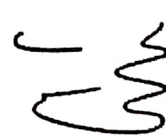
CINDY MATAMOROS PERDOMO

ha participado como asistente en el

Seminario Taller Atención Primaria en Salud APS

celebrado en la ciudad de Bogotá, el día 1 y 2 de Marzo de 2013, con una intensidad de 16 horas


Sofía H. Roa Trujillo
Vicerrectora Académica


Mauricio Herrera Méndez
Director Unidad de Educación



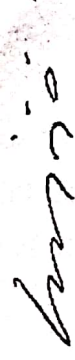
Oficina de Admisiones y Registro Académico
La Universidad de Caldas fue creada mediante Ordenanza No. 06 de 1943 y la Ley 34 del 8 de agosto de 1967 la constituyó en establecimiento público de orden nacional, adscrito al Ministerio de Educación y decreto 1297 de 1964.
Nº 890 801 063-3

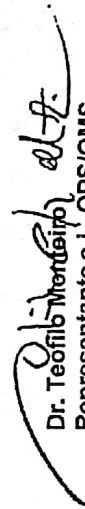
Certifica que:

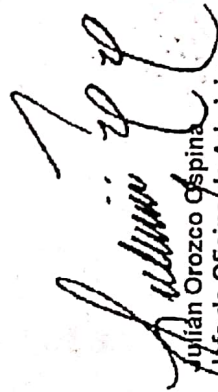
Cindy Marjory Matamoros Perdomo

Con documento de identificación número 1024477122

Participó como ASISTENTE del Diplomado Virtual AIEPI "ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA" en el marco de la estrategia "DE CERO A SIEMPRE" del Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) y la Universidad de Caldas con el programa Telesalud, entre el 8 de agosto de 2012 y el 4 de octubre de 2012 y con una calificación de APROBADO.


Dr. Lenis Enrique Urquijo Velásquez
Director de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social


Dr. Teofilio Montañón
Representante a.l. OPS/OMS
en Colombia


Jullian Orozco Ospina
Jefe de Oficina de Admisiones
Universidad de Caldas

Para verificar la validez de este certificado consulte la página <http://telesalud.ucaldas.edu.co>



**Prosperidad
para todos**

**de CERO
a SIEMPRE**
ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA



<http://telesalud.ucaldas.edu.co> www.facebook.com/telesalud @NTelesalud



CORPORACIÓN TERRITORIO, PAZ Y DESARROLLO
CORPAZ COLOMBIA
NIT. 900991760-5

Bogotá D.C. Febrero de 2019

A quien interese

LA CORPORACIÓN TERRITORIO, PAZ Y DESARROLLO
CORPAZ COLOMBIA

HACE CONSTAR QUE:

CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO, identificada con cédula de ciudadanía número 1.024.477.122 de Bogotá, se desempeñó como contratista del Contrato de Mandato # 001-2018, para la “Caracterización y capacitación sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos y en específico al Derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo”, conforme a la propuesta y términos de referencia debidamente suscrito entre **LA FUNDACIÓN SÍ MUJER Y LA CORPORACION CORPAZ COLOMBIA**.

Desarrollando las siguientes funciones:

- Ejercer como investigadora el marco del proyecto
- Realizar procesos de formación sobre “Derechos Sexuales y Reproductivos e Interrupción Voluntaria del Embarazo” en el territorio asignado y aplicar el instrumento propuesto sobre el tema.
- Realizar la sistematización del instrumento propuesto sobre Derechos Sexuales y Reproductivos e Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Elaborar un documento de análisis a partir de los resultados del instrumento aplicado.
- Hacer entrega del documento de análisis.

territoriopazydesarrollo@gmail.com

Calle 33ª No. 19-46



CORPORACIÓN TERRITORIO, PAZ Y DESARROLLO
CORPAZ COLOMBIA
NIT. 900991760-5

Las actividades derivadas de su contrato han sido desarrolladas desde el 26 de Septiembre de 2018 al 26 de Febrero de 2019, por un valor de Diez Millones de pesos (\$10.000.000)

La presente certificación se emite a solicitud de la interesada.

Cordialmente,

LEONARDO RODRIGUEZ

Director

territoriopazydesarrollo@gmail.com

3013667951

territoriopazydesarrollo@gmail.com

Calle 33ª No. 19-46



EL SUSCRITO SUBDIRECTOR DE CONTRATACION

CERTIFICA QUE:

Revisado el archivo de gestión documental se evidencio que: **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** suscribió con: **CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO** identificado con Cédula de Ciudadanía N° **1.024.477.122** el contrato de prestación de servicios celebrado con las siguientes, condiciones y especificaciones:

CONTRATO No – 1138 - 2017 - suscrito el 24 de Octubre de 2017.

OBJETO: Prestar Servicios profesionales especializados para la adopción de las Rutas integrales de atención en salud del grupo de riesgo de condición materno-perinatal en el marco de las redes integradas de servicios de salud.

VALOR INICIAL: TREINTA Y CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS PESOS (\$35.151.300) M/CTE.

VALOR ADICION 1: DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS (\$17.575.650) M/CTE.

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Veinticinco (25) de Octubre de 2017.

PLAZO DE DURACIÓN DEL CONTRATO: Seis (06) meses.

PRORROGA 1: Tres (03) meses.

FECHA FINAL DEL CONTRATO: Veinticuatro (24) de Julio de 2018.

Las actividades establecidas en el contrato fueron las siguientes:

- 1-Propender y concertar con el supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la iniciación del mismo documento con el plan de actividades y cronograma para el desarrollo de las actividades y productos relacionados con la naturaleza del contrato.
- 2-Participar en la actualización del diagnostico de oferta y demanda materno perinatal de los prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C.
- 3-Apoyar el proceso de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud en lo relacionado con la provisión de servicios de salud materno perinatales, en cuanto a orientación y asistencia técnica a brindar a las EPS autorizadas para funcionar en Bogotá.
- 4-Asistir técnicamente a los actores del SGSSS en Bogotá D.C, para la adopción adaptación e inicio de la implementación monitoreo y evaluación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal en marco de la atención integral en salud la política Materno Perinatal en Bogotá el plan territorial el modelo integral de atención en salud y demás normatividad vigente.
- 5-Elaborar e implementar estrategias para el fortalecimiento de competencias materno perinatales del personal de enfermería de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad.
- 6-Brindar asistencia técnica a las IPS, EPS y demás actores del SGSSS e interdependencias de la Secretaria Distrital de Salud en los procesos de atención a la gestante y al recién nacido con

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS Código: SDS-CON-FT-053 V.2	Elaborado por: Ángela Ortiz Gasca Revisado y Aprobado por: Claudia Patricia Herrera Logreira	
--	--	---	---

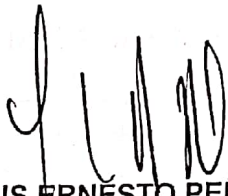
énfasis en eventos prioritarios en el contexto del modelo de atención en salud del D.C. y de la normatividad vigente documentando la asistencia realizada y seguimiento al mejoramiento de la calidad de la atención en estos servicios.

7-Asistir técnicamente en los COVE de análisis de mortalidad y de morbilidad extrema materna y neonatal elaborando informe mensual de hallazgos y el seguimiento oportuno a los planes de mejoramiento.

8-Responder oportunamente los requerimientos relacionados con los temas maternos y perinatales solicitados por entes de control dependencias de la Secretaria Distrital de Salud y otras instituciones y el seguimiento a la ejecución a convenios del tema materno perinatal que le sean asignados.

El mencionado contrato se encuentra en ejecución.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado (a) a los 21 días del mes Mayo de Dos mil dieciocho (2018).


YONIS ERNESTO PEÑA BERNAL
 Subdirector de Contratación

Elaboró : Camilo Sánchez
 Radicado: ER34243
 Fecha de Radicación 04/05/2018





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS
Código: SDS-CON-FT-053 V.2

Elaborado por:
Ángela Ortiz Gasca
Revisado y Aprobado por:
Claudia Patricia Herrera Logreira



LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisado el archivo de gestión documental se evidenció que: **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**, Identificado con Nit No. 800.246.953-2; suscribió con, **CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO**, con cédula de ciudadanía No. 1.024.477.122, el contrato de prestación de servicios, celebrado con las siguientes, condiciones y especificaciones:

CONTRATO N°: 1922- 2016; *Suscrito el (30) de diciembre de 2016.* ✓

OBJETO: *"Prestar servicios especializados como apoyo a la supervisión integral técnico, administrativa, financiera y contable de los Contratos Interadministrativos del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, suscritos entre el FFDS/SDS y las 4 subredes integradas de servicios de Salud."* ✓

VALOR DEL CONTRATO: VEINTICUATRO MILLONES DOSCIENTOS UN MIL PESOS M/CTE (\$24.201.000). ✓

FECHA DE INICIO: 3 de enero de 2017 ✓

TIEMPO DE EJECUCION: Cinco (05) meses ✓

FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 2 de junio de 2017. ✓

Las actividades específicas establecidas en el contrato fueron:

- ✓ 2.1. Presentar dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes a la supervisión del contrato un plan de actividades y cronograma.
- ✓ 2.2. Realizar proceso de alistamiento, elaboración y diligenciamiento de listas de chequeo y demás instrumentos necesarios para el seguimiento, incluyendo los instrumentos de reporte y consolidación de las glosas.
- ✓ 2.3. Realizar la correspondiente verificación de los soportes de las actividades PIC Facturadas por las Subredes integradas de servicios de Salud, validando el cumplimiento de los procesos, actividades y productos ejecutados, de acuerdo con la metodología, procesos e instrumentos de verificación definidos por la SSSP'.
- ✓ 2.4. Realizar la formulación, resolución y reporte de las glosas pertinentes relacionadas con el ejercicio del seguimiento integral en las modalidades retrospectiva y/o concurrente, derivadas de los hallazgos en las actividades a su cargo.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS Código: SDS-CON-FT-053 V.2	Elaborado por: Ángela Ortiz Gasca Revisado y Aprobado por: Claudia Patricia Herrera Logreira	
--	--	---	---

- ✓2.5. Efectuar el seguimiento a la formulación e implementación de planes de mejora derivados de los hallazgos efectuados en el ejercicio del seguimiento y verificar su entrega a la SSSP de manera oportuna.
- ✓2.6. Elaborar los informes cualitativos y cuantitativos según estructura definida, los cuales se derivan del ejercicio de seguimiento y control, realizado a cada una de las Subredes Integradoras de servicios de Salud.
- ✓2.7. Elaborar legajos y papeles de actividades, soportes del ejercicio de seguimiento y control según archivo documental definido por la SDS.
- ✓2.8. Participar en los procesos de pre liquidación de los contratos de las subredes integradas de servicios de Salud asignadas según el procedimiento y la programación establecidos por la Subsecretaría de Salud Pública - SDSX
- ✓2.9. Responder oportunamente a los requerimientos de la SSSP-SDS y/o los diferentes actores del sistema relacionados con el proceso de seguimiento a los contratos PIC.
- ✓2.10. Asistir a las reuniones o espacios convocados por la Subsecretaría de Salud Pública de la SDS y Verificar que se cumplan las obligaciones de las subredes integradas de servicios de Salud asignadas que se deriven de la naturaleza del contrato vigente con el FFDS/SDS, así como de todas las normas, leyes y reglamentos vigentes, o que se expidan posteriormente.
- ✓2.11. Garantizar la confidencialidad y el manejo adecuado de la información que le sea encargada en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales.
- ✓2.12. Suscribir de manera pertinente las actas de los procesos de seguimiento según le corresponda.
- ✓2.13. Responder por los bienes que sean entregados a su cargo y hacer entrega al término del contrato de todos aquellos de carácter devolutivo, de conformidad con lo establecido en la Resolución 1096 de Septiembre 8 de 2011.
- ✓2.14. Realizar entrega completa en medio magnético (backup) y medio físico de la información del proceso bajo su responsabilidad una vez termine la ejecución del contrato.
- ✓2.15. Hacer entregare los informes mensuales en los formatos establecidos y con los respectivos soportes. a. Cumplir y mantener al día la obligación legal de pago al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensión como independiente de conformidad con

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS Código: SDS-CON-FT-053 V.2	Elaborado por: Ángela Ortiz Gasca Revisado y Aprobado por: Claudia Patricia Herrera Logreira	
---	--	---	---

lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes y vigentes; así como asumir el valor de la cotización al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con lo preceptuado por el artículo 2.2.4.2.2.13 del Decreto 1072 de 2015.

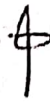
- ✓ 2.16. Informar al supervisor del contrato cualquier circunstancia que altere la ejecución del mismo con la debida antelación.
- ✓ 2.17. Hacer entrega en la Dirección Financiera, de la certificación de apertura de cuenta expedida por entidad bancaria en la que conste ser titular de cuenta en la cual se expresen los siguientes datos: Nombre o razón social del titular, número de cédula de ciudadanía, nombre de la entidad financiera y número de la cuenta.
- ✓ 2.18.. Cumplir con las demás instrucciones que le sean impartidas por el Supervisor del contrato, que se deriven de la ley o reglamento o tengan relación con la naturaleza del contrato

Esta constancia se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de junio de 2017.



CLAUDIA PATRICIA HERRERA LOGREIRA
 Subdirectora de Contratación

RAID 2017ER 36951 DEL 13/05/2017

ELABORO ANA LUCILA VM 



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **MATAMOROS PERDOMO CINDY MARJURY**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **1.024.477.122**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
No. 1216 de 2010	10 de Agosto de 2010	30 de septiembre de 2010	ENFERMERA JEFE	\$ 3.400.000	USME
No. 2134 de 2010	4 de Octubre de 2010	30 de Octubre de 2010	PROFESIOANL VSP	\$ 1.733.333	USME
No. 3049 de 2010	22 de Noviembre de 2010	30 de Noviembre de 2010	REFERENTE	\$ 333.334	USME
No. 4086 de 2010	16 de diciembre de 2010	30 de diciembre de 2010	ESTRATEGIAS AIEPI	\$ 1.666.667	USME
No. 1065 de 2011	7 de Febrero de 2011	30 de abril de 2011	REFERENTE ESTRATEGIAS	\$ 5.600.000	USME
No. 1324 de 2011	2 de Mayo de 2011	31 de agosto de 2011	REFERENTE DE ESTRATEGIAS MATERNO INFANTIL	\$ 7.933.333	USME
No. 2510 de 2011	1 de Septiembre de 2011	31 de octubre de 2011	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	\$ 4.000.000	USME
No. 3720 de 2011	1 de Noviembre de 2011	30 de Noviembre de 2011	REFERENTE ESTARTEGIAS MATERNO INFANTILES	\$ 2.000.000	USME
No. 4812 de 2011	1 de Diciembre de 2011	30 de Diciembre de 2011	REFERENTE ESTARTEGIAS MATERNO INFANTILES	\$ 2.000.000	USME
No. 266 de 2012	1 de Enero de 2012	30 de Enero de 2012	ENFERMERA-SALUD VISUAL	\$ 2.000.000	USME
No. 1391 de 2012	9 de Febrero de 2012	30 de abril de 2012	REFERENTE ESTARTEGIAS MATERNO INFANTILES	\$ 5.466.666	USME
No. 2000 de 2012	2 de Mayo de 2012	30 de julio de 2012	REFERENTE ESTARTEGIAS MATERNO INFANTILES	\$ 6.000.000	USME
No. 2981 de 2012	1 de Agosto de 2012	30 de Agosto de 2012	ENFERMERA	\$ 2.000.000	USME
No. 3383 de 2012	1 de Septiembre de 2012	30 de Diciembre de 2012	ENFERMERA	\$ 8.690.756	USME
No. 724 de 2013	2 de Enero de 2013	30 de junio de 2013	ENMFERMERA	\$ 12.739.607	USME
No. 931 de 2013	1 de Abril de 2013	30 de Abril de 2013	PROFESIONAL EN LA COORDINACION DE TERRITORIO	\$ 8.774.670	USME
No. 2305 de 2013	1 de Julio de 2013	30 de Enero de 2014	COORDINADORA DE TERRITORIO	\$ 30.671.339	USME
No. 595 de 2014	7 de Abril de 2014	30 de Diciembre de 2014	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LA COORDINACION TERRITORIAL	\$ 40.570.200	USME
No. 146 de 2015	1 de Enero de 2015	28 de Febrero de 2016	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LA COORDINACION TERRITORIAL	\$ 67.548.194	USME
No. 558 de 2016	2 de Marzo de 2016	30 de Julio de 2016	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA LA COORDINACION DE LA GESTION	\$ 25.953.940	USME

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.				
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS			ADM-CTT-FT-22 V1	
No. 6971 de 2016	1 de septiembre de 2016	31 de diciembre de 2016	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	\$ 10.000.000	USME

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

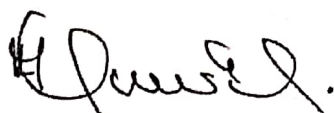
a) implementar los procesos asignados como Profesional Universitario con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas, el plan de salud territorial y plan operativo institucional .b) Apoyar los procesos del componente o respuesta integradora reconociendo las necesidades de la población y curso de vida. c) Planear, Ejecutar y Evaluar las acciones integrales en los diferentes espacios y/o componentes en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas, realizando las respectivas acciones de mejoramiento. d) Entregar de manera oportuna cronogramas de trabajo, productos e informes según indicaciones técnicas. e) dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud. f) Los productos presentados deben cumplir con atributos de calidad, oportunidad y veracidad. g) realizar la revisión de los lineamientos y documentos técnicos dados por la SDS y por la subred sur y los propios de su intervención y realizar apropiación de los mismos .h) Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental. i) Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica 7428585 Ext. 1153. Código de Verificación **RE@7=7=D<**

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los 14 días del mes de 06 del 2017.



MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

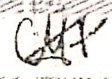
FUNCIONARIO/CONT RATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	MARTHA MARTINEZ	Auxiliar Administrativo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de responsabilidad y eficacia, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declararamos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)

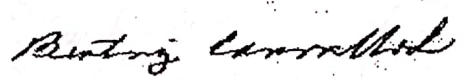




REGISTRADO
NOMBRE CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO
C.C. 1.024.477.122 BOGOTA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
RUN No. 25703
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 08/SEP/2010 **FECHA DE ACTUALIZACIÓN DATOS 08/SEP/2020**

THOMAS WARR & SONS 309 015.31/0409

No.



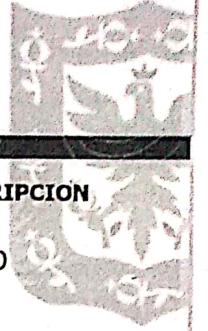
REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CINDY MARJURY

MATAMOROS PERDOMO

C.C. 1024477122

ENFERMERO(A)

Expedicion 20/12/2013

Identificación Profesional S.A. 13001771212

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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



(19 MAYO 2010)

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional".

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos Nos. 3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que **CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO**, identificado (a) con la Cédula de ciudadanía . No. 1.024.477.122 DE BOGOTA D.C., ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **ENFERMERA**, TITULO que le otorgó **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA DE BOGOTA D.C.**, SEGÚN ACTA DE GRADO No. 451, DE FECHA 18 DE FEBRERO DE 2010.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado **CON EL No. 453, FOLIO 31, LIBRO 3, DE FECHA 11 DE MARZO DE 2010. POR LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA DE BOGOTA D.C.**

Que el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, mediante Acuerdo No. 005 del 14 de diciembre de 2009, aprobó la realización de un Sorteo para la adjudicación de Plazas de Servicio Social Obligatorio, para profesionales egresados de los programas universitarios en **Bacteriología, Enfermería y Odontología**, Sorteo que fue delegado en las Direcciones Departamentales de Salud.

Que el Sorteo se llevó acabo en las Instalaciones de la Gobernación de Cundinamarca, el 12 de febrero de 2010, a las 9:00 a.m.

Que **CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO**, participó en el Sorteo antes indicado y **no** salió favorecido (a), en la adjudicación de Plaza para el Servicio Social Obligatorio, por consiguiente procede a autorizar el ejercicio de su Profesión.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1.024.477.122 DE BOGOTA D.C., para ejercer la profesión como **ENFERMERA**, en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

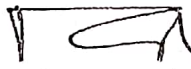
ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

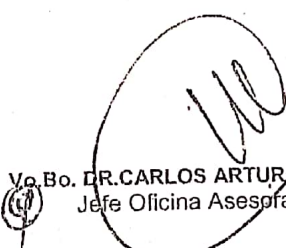
ARTICULO TERCERO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

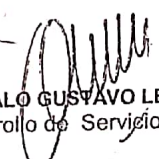
NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los

19 MAYO 2010


ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud


Vo.Bo. **DR. CARLOS ARTURO HURTADO MEDINA**
Jefe Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos


Vo.Bo. **DR. GONZALO GUSTAVO LEAL PAEZ**
Dirección Desarrollo de Servicios

Proyecto: Cony Osorio

CUNDINAMARCA
corazón de colombia

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		DI-GRI-FT-07 V1	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT			
FECHA:	13/01/20	CIUDAD:	Bogotá D.C.
DEPARTAMENTO:	Bogotá D.C.		
<p>Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 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.</p>			
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)			
PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☒	SERVIDOR PÚBLICO ☐
OTRO ☐	CUAL:		
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Matamoros	Perdomo	Cindy	Margury
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1024477122	Bogotá	2005/11/01
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
28/10/1987		Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ UNION LIBRE ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐	0	0	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA			
MAGISTER ☐ POSGRADO ☒ TÉCNICO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNÓLOGO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐	CUAL:		
PROFESIÓN / OFICIO			
Enfermera jefe			
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:
	Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Colombia
CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PÁGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA	TELÉFONO RESIDENCIA
cindymp1028@gmail.com		PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	3134091128
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:
2. DATOS DEL CÓNYUGE			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:									
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>					
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PÚBLICO ☐						
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐							
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☒	IVA	SI ☒	NO ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA			
		NO ☐	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: <input type="text"/>	SECUNDARIA: <input type="text"/>		
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA					
SI ☒	NO ☐	SI ☐	NO ☒	Subred integrada de salud sur					
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT		
EXPORTACIONES MEDICAMENTOS ☐	AGRÍCOLA ☐	ENERGÉTICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGÍA ☐	ALIMENTOS ☐			
OTRA ☐	CUAL: <input type="text"/>								
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS	
Cra 20 # 42 Sur 47		7300000		Bogotá		Bogotá D.C		Colombia	
CARGO ACTUAL		Profesional de enlace.				FECHA VINCULACIÓN			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD		
5. INFORMACIÓN FINANCIERA									
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS			
SALARIOS	0	GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA			
HONORARIOS	6.220.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO			
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS		DEUDA VEHÍCULOS			
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS			
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*			
TOTAL INGRESOS	6.220.000	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0		
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS			
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
Sarmiento				Claudia					
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN		TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR			
Cra 81 g bis A 54 sur 20		Bogotá		amistad.		3013132051			

7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
Daviivienda	ahorros cuenta	004670319864	Tunal	0180000123888	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIO ☐				CUAL:	
OTRA ☐					
8. DECLARACIÓN 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 SUR ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
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 SUR ESE se destinarán a actividades lícitas.					
5. Declararé inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.					
6. Declaro a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 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 SUR ESE.					
9. 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.					
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.					
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.					
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:					
AUTORIZACIÓN					
Para efectos de la presente autorización, enténdase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 -4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.					
Declaro expresamente:					
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.					
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:					
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.					
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.					
3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, FASECOLDA, y/o cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.					

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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 Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá DC, teléfono 7300000, e-mail: sarlahi@subredsur.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 autorizo, 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.subredcentroorient.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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA			XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN		
1. Fecha		2. Ciudad		1. Fecha	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la Entrevista:			4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:			5. Observaciones:		
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	6. Firma y cédula:		
7. Firma y Cédula					

Personería
de Bogotá, D. C.



CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 3294981

Bogotá D.C., 13 de Enero de 2020 - 16:10 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., el señor(a) CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: UN MIL VEINTICUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO VEINTIDOS de BOGOTÁ D.C.

1024477122

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
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: 1_EZIWW_0916
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



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 13 de enero de 2020, a las 16:08:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1024477122
Código de Verificación	1024477122200113160833

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



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 140057395



WEB
16:12:06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 de enero del 2020

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) CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024477122:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:02:07 horas del 13/01/2020, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1024477122**

Apellidos y Nombres: **MATAMOROS PERDOMO CINDY MARJURY**

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.

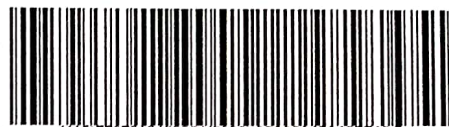
2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14504277495



(415)7707212489384(8020) 0000014504277495

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 2 4 4 7 7 1 2 2

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 2 4 4 7 7 1 2 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 5 1 1 0 1

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MATAMOROS

32. Segundo apellido

PERDOMO

33. Primer nombre

CINDY

34. Otros nombres

MARJURY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

AC 68 SUR 70 D 71

42. Correo electrónico:

cindymatamorosp@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

7 0 1 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 0 0 3 1 1

Actividad secundaria

48. Código:

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 1 1 0 1

Otras actividades

50. Código:

1 2

8 6 9 9

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:

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

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 9 0 3 2 1

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MATAMOROS PERDOMO CINDY MARJURY
985. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA

Secretaría de Hacienda

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

Fecha: 22/03/2019

CONTRIBUYENTE

C.C. 1024477122

CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: AC 68 SUR 70 D 71 BQ 3 AP 1503 Teléfonos: 3134091125
Dirección electrónica: cindymatamorosp@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC
Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL	Régimen tributario: SIMPLIFICADO	Fecha desde: 11/03/2010
Matrícula Mercantil: NO	Fecha inicio de Actividades: 11/03/2010	Fecha de cese de Actividades: NO
		No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 70102 - Actividades de administración empresarial en el ejercicio de una profesión liberal
Actividad 2: 74902 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal
Actividad 3: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (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 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 Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD



Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1024477122
Nombres y Apellidos	CINDY MARYURY MATAMOROS PERDOMO		
Fecha de nacimiento:	28/10/1987		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	21/11/2007	Stamaril		HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	06/06/2019	Vaxigrip	T3A93	HOSPITAL EL TUNAL
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1024477122
Nombres y Apellidos	CINDY MARYURY MATAMOROS PERDOMO		
Fecha de nacimiento:	28/10/1987		

Sarampión y Rubéola	Primera dosis	06/06/2019	Sarampión -Rubéola	0128M411	HOSPITAL EL TUNAL
Td	Tercera dosis	06/06/2019	Toxoide Tetánico y diftérico	221501517B	HOSPITAL EL TUNAL
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

NOMBRE:

Gindy Maryn Matamoros

DOC. DE IDENTIDAD:

RH:

Vacunarse es PROTEGER su salud



Vacunación Especializada

Atención Domiciliaria sin costo Adicional

Calle 112 No. 70B-31 Consultorio 201

Lineas de Atención al cliente: 4810203 - 8046512

310 763 22 53 - 310 321 0272

E-mail: proteger_biocenter@hotmail.com

HEPATITIS B	DOSIS	LOTE	APLICADA EL:	SELLO
	1		1 JUN 2006	PROTEGER BIO-CENTER LTDA
	2		29 JUN 2006	
	3		30 AGO 2006	
	REF		16 JUL 2007	PROTEGER BIO-CENTER LTDA
HEPATITIS A	1			
	2			
FIEBRE TIFOIDEA				

INFLUENZA	DOSIS	LOTE	APLICADA EL:	SELLO
	1			
	2			
	3			
	4			
VPH (VIRUS PAPILOMA HUMANO)	1			
	2			
	3			



EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO identificado(a) con cedula ciudadanía 1.024.477.122, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Enero de 2.020

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
12807752

CER-AFI

Medellín, 13 de enero de 2020

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1024477122 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/10/2019

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION. INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNÓSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL.

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436%

TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION. INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNÓSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION. INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNÓSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL.

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10244771222001359634

Atentamente,

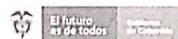


Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

13/01/2020 4:33 PM



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1024477122**, se encuentra afiliado (a) desde **19/04/2010** 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 13 de enero de 2020.

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.

Mail - Juan Seta x Merge PDF files x papeles cindy [1] x papeles cindy [1] x papeles cindy x ilovepdf_merged x SECOP 8 | Colombia x Ver x Inicio x + -

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/index?pagend=14001307

Aplicaciones Comprobador de D... Programa Ampliad... SMIGILA D.C. 2050... Geocodificador de... PAI SMIGILA D.C. 2050...

Aumentar el contraste

UTC -5 20:49:53
CINDY MARJURY MAT... 

Mis procesos Menú Ir a Buscar...

Id de página: 14005852 Ayuda ?

Editar

Información del usuario

Nombre completo

Nombre y apellido

Código del empleado

Tipo de documento

Género Femenino

Cargo Profesional Especializado

Título

JOTA



Información del usuario

Nombre completo

Nombre y apellido

Código del empleado

Tipo de documento

Género Femenino

Cargo Profesional Especializado

Título

JOTA

papeles cindy (1)-28.pdf ilovepdf_merged (3).pdf ilovepdf_merged (2).pdf NuevoDocumento...pdf

Mostrar todo x

8:49 p.m. 13/01/2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. 13 / 01 / 2020

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Por medio de la presente, yo Cindy Matamoros Perdomo, identificado con número de documento 1024433122, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: Cindy Mayory Matamoros Perdomo

No. Documento: 1024433122

Teléfono: 3134091171





DATOS PACIENTE

Nombres:		CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO	
Tipo de Documento:		CC Documento	1024477122
Sexo	F	F. Nacimiento:	28/10/1987
		Edad:	31 Años
Entidad: PARTICULAR/SUR			
Centro de Costo:		N/A	
Cargo: CONTRATISTA			
Fecha de Atencion: 2019-02-04			
Fecha y Hora entrega resultados:		04/02/2019 1.54 PM	

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD

Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

VALORACION OPTOMETRICA. CONTROL ANUAL

OTRAS: CONTINUAR CONTROLES EN EPS

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

AUDIOMETRIA TAMIZ	E. OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO		

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que halla lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): MANUEL. ENRIQUE. RM: 10862 S.S.B. L.S.O 12427
CASTELLANOS. BUEN DIA.

Firma y sello del Médico Evaluador

CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO
1024477122
C.C
Firma del trabajador Evaluado



* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50 Edificio Barichara
Tel: (+1) 281 4505 - 286 5993 - 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel: (+1) 458 5819 - 203 9594

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels: (+1) 282 6429 - 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels: (+1) 447 0068 - 447 1401 - 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-06
Tels: (+1) 4146397 - 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels: 805 1875 - 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels: (+1) 257 9325 - 266 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 - Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzal Alto
Tel: (+8) 674 0916 - 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 208 - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico
Pertas del Caribe, Tel: (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel: (+2) 240 4734 - 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels: (+4) 412 1145 - 415 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versailles
Tel: (+2) 380 9956 - 382 7337

SEDE SUD