

Confirmación de acceso al SECOP II



Estimado(a) usuario(a):

Colombia Compra Eficiente ha aceptado su solicitud de acceso a los servicios de SECOP II.

Ahora puede acceder al SECOP II utilizando el usuario y contraseña establecidos en el registro.

Para ingresar siga el siguiente enlace:

<https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/>

(si no puede hacer clic en el enlace cópielo y péguelo en la barra de direcciones de su navegador web).

 **Mesa de Servicio**, Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 7:00 p.m. Sábado 8:00 a.m. - 12:00 p.m. Línea Nacional 018000-52-0808 / En Bogotá 745-6788 www.colombiacompra.gov.co/suporte

El recibo de este correo electrónico no lo exime de la responsabilidad de revisar la información del SECOP.

Si no desea recibir este tipo de correos electrónicos debe cambiar su configuración en el SECOP.

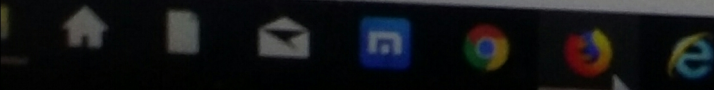
Consulte los Términos y Condiciones de Uso del SECOP.

Derechos reservados. SECOP 2017



Por favor, antes de imprimir este correo electrónico verifique si realmente es necesario.

[Condiciones](#) - [Privacidad](#)





FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LATORRE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) REAL	NOMBRES CLAUDIA DEL ROSO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 5205441	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 26 MES 09 AÑO 1972 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Bogotá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 29 N. 40 - 59 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Bogotá TELÉFONO 3123516423 EMAIL claudia.latorre@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 1990	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	9	X		PROFESOR EN TIEMPO DE SERVICIO	06	1996	5205441

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICISTA RESPIRATORIA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJO TALENTO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3425770	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO TECNICISTA RESPIRATORIA	DEPENDENCIA TECNICISTA Y REHABILITADOR	DIRECCIÓN CL 67 N. 46-78	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD TECNICISTAS PROFESIONALES TELACOOP	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2722579	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO TECNICISTA RESPIRATORIA	DEPENDENCIA TECNICISTA Y REHABILITADOR	DIRECCIÓN CL 21 N. 22-68 SUR	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD LABORATORIOS LEGRAND S.A.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Yromero@laboratorioslegrand.com	
TELÉFONOS 5705507	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO REPRESENTANTE DE VENTAS	DEPENDENCIA VENTAS	DIRECCIÓN CL 19 N. 68B-50	

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

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

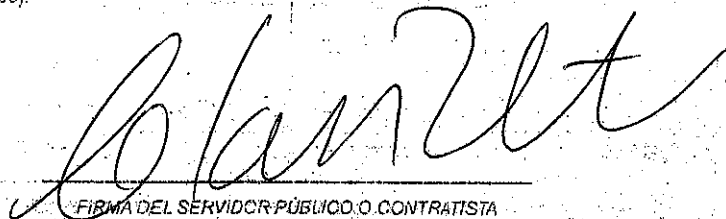
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
TERAPISTA RESPIRATORIA	5 años	7 meses
REPRESENTANTE DE VENTAS	2 años	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMINOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 56 DE LA LEY 190/95).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Hospiml	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJO TALENTUM	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7425770	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPONSO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CR 67 N. 46-78	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD TENAPEUTAS PROFESIONALES TERACOP	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2722579	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO TENAPEUTAS RESPONSO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CR 21 N. 22-68 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD LABORATORIO JEGLAND S.A	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Yromera@laboratoriojegland.com	
TELÉFONOS 5705507	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO REPRESENTANTE DE VENTAS	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CL 19 N. 68B-50	

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



ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

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

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

JESUS HORACIO HOYOS MENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐

No

11800669

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá D.C. 28-11-2012

CIUDAD Y FECHA

EMPLEADOR O CONTRATANTE



ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

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

I. DE BIENES Y RENTAS

VO. CLAUDIA DEL ROCIO JATORRE JENI

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 52054741 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN

DIRECCIÓN CAMELA 29 N. 4A - 59

TELÉFONOS 3123516423

MUNICIPIO BOGOTÁ

DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA

PAÍS COLOMBIA

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

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
ROSALBA LENI DE JATORRE	20130011	MADRE
FRANCISCO HOYOS JATORRE	1013684080	Hijo
ANDRÉS HOYOS JATORRE	1001297332	Hijo
NICOLÁS HOYOS JATORRE	1034402516	Hijo

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3º, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ , QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA: PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 2.794.600 =
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	-
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 2.794.600 =

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIDLEWDA	AHORROS	008480362642	20 de Julio	3.978.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
CASA	50 c - 1603953	150.000 =

EMPLEADOR O CONTRATANTE



FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN
"UMB"

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL.

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Claudia Del Rocio Gatorre Geal .

C.C. No. 52.054.741 Bogotá D.E.

EL GRADO **Profesional en Terapia Respiratoria .**

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES
QUE LE ACREDITAN PARA EJERCER LA PROFESION.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA
CIUDAD DE SANTA FE DE BOGOTA,

A LOS **19** DIAS DEL MES **Julio** DE 19**96**.

[Signature]
RECTOR

[Signature]
SECRETARIO GENERAL

[Signature]
DIRECTOR DE CARRERA

[Signature]
DECANO AREA



PERSONERIA JURIDICA No.18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 112 LIBRO No. 1 FOLIO No. 112

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME
A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL

CCNo. 52.054.741 BOGOTA D.E

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR
LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD
RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN
U.M.B. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA
ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN
LA CIUDAD DE SANTA FE DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 19 DIAS DEL MES DE 96

VICERRECTOR ACADEMICO

RECTOR

DECANO AREA

SECRETARIO GENERAL

Nº 2062

VI Congreso de Terapia Respiratoria

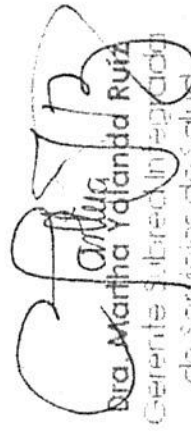
"Manejo Terapéutico del Paciente Séptico"

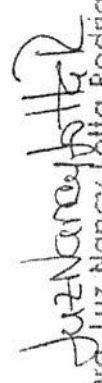
CERTIFICA:

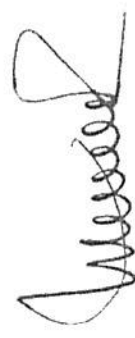
ROCIO LATORRE LEAL

C.C. 52054741

Asistió al VI Congreso Terapia Respiratoria
"Manejo Terapéutico del Paciente Séptico"
realizado en la ciudad de Bogotá D.C. el día 19 de
Abril del 2016.


Dra. Martha Yolanda Ruiz
Gerente Subred Integrada
de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

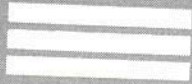

Dra. Luz Nancy Lotta Rodriguez
Subdirectora Clínica, Unidad de Prestación de
Servicios "Santa Clara"


Dra. Maña Esneda Rocha Gaona
Directora Terapia Respiratoria
Unidad de Prestación de
Servicios "Santa Clara"



"Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E."
Unidad de Prestación de Servicios de Salud
"SANTA CLARA"

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

 Jornada de Actualización
en Ventilación Mecánica
Abril 25 de 2014



Departamento de Cuidado Crítico

CERTIFICA QUE:

Latorre Leal Claudia del Rocío

Participó en la III Jornada de Actualización en Ventilación Mecánica

En calidad de Asistente

Bogotá 25 de Abril de 2014

Dr. Julio Alberto Nieto
Dirección Científica
Clínica Nueva

Dr Samuel J. Rodríguez U.
Coordinador Cuidado Crítico.
Clínica Nueva

Dr Omar J. Bernal
Comité Organizador.
Clínica Nueva



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

UMB

RESOLUCIÓN 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004 DE MINEDUCACIÓN

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA ROCIO LATORRE LEAL

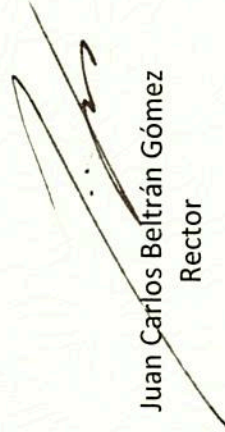
Con Cédula de Ciudadanía No. 52054741 de Bogotá D.C.

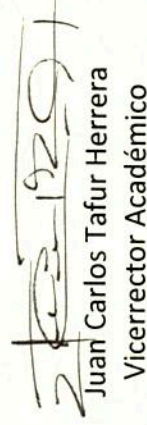
Cursó y aprobó el Diplomado en:

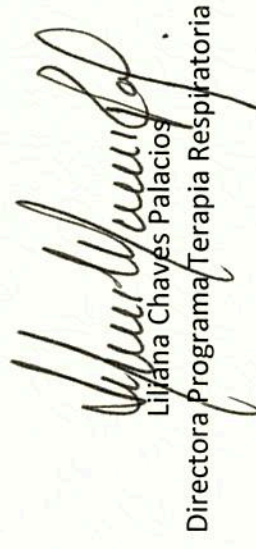
CUIDADO CRITICO CARDIORRESPIRATORIO

Realizado del 22 de Marzo al 01 de Junio de 2013

Con una duración de 120 horas.


Juan Carlos Beltrán Gómez
Rector


Juan Carlos Tafur Herrera
Vicerrector Académico


Liliana Chaves Palacios
Directora Programa Terapia Respiratoria

Se expide en Bogotá D.C.; a los 05 días del mes de junio de 2013

04420

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

Bogotá, D.C

Señores

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

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

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

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento:

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Teléfono:

Diagonal 34 5-43
Código Postal 110311174
Teléfono: 3444484
NIT: 830077644-5
www.esecentrooriente.gov.co
subcentrooriente@saludcapital.gov.co



SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Centro Oriente - Subred Centro Oriente E.S.E.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

CERTIFICACION

El suscrito Gerente de la Cooperativa **TERACOOPTA**. NIT: 830.122.577-2, Certifica que la doctora **CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL**, identificada con la cédula de ciudadanía No 52.054.741 de Bogotá, Trabajó como **TERAPEUTA RESPIRATORIA**, desde el día 20 de Agosto del 2011 hasta el 31 de Diciembre del 2012, y el motivo del retiro fue por **LIQUIDACION DE LA COOPERATIVA**.

NOTA: Esta entidad funciono prestando un servicio **OUTSOURSING** en el **CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA**.

Se expide la presente a solicitud de la interesada a los (2) días del mes de Enero del 2013.

Cordialmente,



tera
COOP
Terapeutas Profesionales C.T.A
NIT. 830.122.577-2


VIRGILIO ENRIQUE SANDOVAL VIVAS
Representante Legal

Calidad humana

Carrera 21 N°22 - 68 sur - Barrio Olaya
Tels: 272 2579 - Bogotá



CERTIFICA:

Que **LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO** identificada con cédula de ciudadanía número **52054741** laboró en la hoy Cooperativa de Trabajo Asociado **TALENTUM CTA EN LIQUIDACIÓN**, con convenio de asociación a término indefinido, desde el **1 de Enero de 2013** hasta el **14 de Mayo de 2015**.

Prestó sus servicios personales, para desarrollar las labores u oficios bajo el cargo de **TERAPEUTA RESPIRATORIO (A) (N)**, conforme a las necesidades de la Cooperativa.

En constancia de lo anterior se expide a solicitud del interesado a los seis (6) días del mes de Agosto del año dos mil quince (2015).

HENRY LADINO DIAZ
LIQUIDADOR PRINCIPAL



LABORATORIOS LEGRAND S.A.

CERTIFICAMOS

Que **CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.054.741 de Bogotá, estuvo laboralmente vinculada con nuestra empresa desde el 02 de febrero de 2009 hasta el 12 de enero de 2011 desempeñando el cargo de Representante de Ventas, con contrato a término indefinido.

La presente se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá, a los Veintiún (21) días del mes de febrero de 2011.

Cordialmente,



NIT. 860.531.602-2

YADIRA ROMERO C.

Jefe de Nómina

Correo: yromero@laboratorioslegrand.com

Tel: 6185855 Ext. 228

Laboratorios Legrand S.A. • Nit. 860.531.602-2

Oficina Comercial: Cra. 19A No. 90 - 13 Piso 9 Edificio 90 • PBX: (57-1) 618 5855 • Fax: (57-1) 622 8583

Planta: Calle 19 No. 68B - 50 • PBX: (57-1) 570 5507 • Fax: 292 2435

Centro de Distribución: Parque Industrial Portos. Calle 24 (Av. La Esperanza) No. 95 - 12 Bodega 52 • PBX: 428 3300 • Fax: 428 3233

www.laboratorioslegrand.com

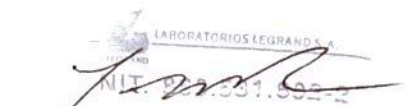
Bogotá, D.C. - Colombia

CERTIFICAMOS

Que **CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.054.741 de Bogotá, estuvo laboralmente vinculada con nuestra empresa desde el 18 de abril de 2006 hasta el 31 de julio de 2008, desempeñándose como Representante de Ventas. Su retiro fue voluntario.

La presente se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá, a los Quince (15) días del mes de agosto de 2008.

Cordialmente,



LABORATORIOS LEGRAND S.A.
NIT. 900.001.500-9

YADIRA ROMERO CUELLAR

Jefe de Nómina

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52054741

NUMERO

LATORRE LEAL

APELLIDOS

CLAUDIA DEL ROCIO

NOMBRES

[Handwritten Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

26-SEP-1972

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

31-DIC-1990 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten Signature]
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500113-45110971-F-0052054741-20030522

00757 03142B 01 136795293



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCRA
Módulo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14196588072



(415)7707212489984(8020) 000001419658807 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 0 5 4 7 4 1 - 0

6. DV

0

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:

5 2 0 5 4 7 4 1

27. Fecha expedición:

1 9 9 0 1 2 3 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

LATORRE

32. Segundo apellido

LEAL

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

DEL ROCIO

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

DG 13 SUR 24 A 08 P 2 BRR RESTREPO

42. Correo electrónico:

claudiarociolatorre@gmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 1 4 5 6 0 5

45. Teléfono 2:

3 1 2 3 5 1 6 4 2 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

1 9 9 6 0 7 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

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
2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 2 1 2 1 9

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

CONTRIBUYENTE NIT 52054741-0 CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL

Información General

Dirección DG 13 SUR 24 A 08 P 2 BRR
RESTREPO

Teléfonos 3145605 - 3123516423

Dirección electrónica claudiarociolatorre@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 18/08/2016

Soporte Inscripción 22438264

Fecha Inicio Actividades 01/07/1996

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001428217

005922

11 DIC. 1996

RESOLUCION NUMERO DE

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión del área de las ciencias de la salud en el Territorio Nacional

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD de Santa Fe de Bogotá D.C. en ejercicio de las delegaciones conferidas por las resoluciones números 2085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993 emanadas del Ministerio de Salud, y Decreto 1875 de 1.994 de la presidencia de la República. y

CONSIDERANDO :

Que LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO **** identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52054741 expedida en BOGOTA D.E ****, solicito ante esta Secretaria la refrendación de su TITULO ***** y la autorización para el ejercicio de su profesión en el Territorio Nacional.

Que para tal efecto presentó los documentos que lo(a) acreditan como PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA *****

Que el respectivo TITULO ***** le fue otorgado por ***** LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN ** el 07/19/1996 quien lo *** registró en el Libro 1 Folio 112 AÑO 1996

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO _ Autorizar a LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO **** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 52054741 de BOGOTA D.E ****, para ejercer la profesión de PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA ***** en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO - La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los

11 DIC. 1996

Original Firmado por
BEATRIZ LONDOÑO SOTO

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Secretario Distrital de Salud

CJGR



Fundación Universitaria Manuela Beltrán

Personería Jurídica No. 18.778 de Diciembre 15 de 1992
- MINEDUCACION -

REGISTRO PROFESIONAL No 001608

LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN "UMB"
CON PERSONERIA JURIDICA 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL CERTIFICA QUE:

CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL

C.C. No 52.054.741 DE BOGOTA D.E.

MEDIANTE ACTA No 112 LIBRO 1 FOLIO 112 DIA 19 DE JULIO DE 1996
RECIBIO EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

DESPUES DE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO PENSUM ACADEMICO Y DEMAS REQUISITOS
LEGALES, SE PROCEDE A REALIZAR LA INSCRIPCION EN REGISTRO PROFESIONAL No 001608
DEL DIA 29 DE AGOSTO DE 1996

DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL

ACADEMICO

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES

Sistema Integral de Información de la Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social

CLAUDIA LATORRE

Registrarse Mesa de Ayuda Cambiar Clave

Salir

al

IM Cliente

ReTHUS

A continuación se presenta la información de su registro en ReTHUS.

Datos Personales y de identificación:

Tipo de Identificación : CC

Número de Identificación : 52054741

Primer Apellido: LATORRE

Segundo Apellido: LEAL

Primer Nombre: CLAUDIA

Segundo Nombre: DEL ROCIO

Datos académicos y de autorización:

Profesión u Ocupación : Terapia respiratoria

Tipo programa: UNV

Origen obtención título: Local

Fecha desde que puede ejercer: 12/11/1996

Ultima entidad en actualizar la información : DTS SECRETARIA
DISTRITAL DE SALUD

No registra sanciones en ReTHUS

NOTA: Esta no es una certificación, sino la presentación de la información reportada por las entidades obligadas de acuerdo a la Resolución 3030 de 2014.

La información dispuesta en esta consulta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.).

Para mayor información le invitamos a consultar el **ABECÉ del ReTHUS**.

people

ch



LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
EQUIPAMIENTO

Página 1 de 1



12274106

Nombre: LA TORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO
Identificacion: CC 52054741
Edad: 44 Años 0 Meses 0 Dias
Medico: MEDICOS VARIOS
No. Ordenamiento: 1227094279

Tel.
Sexo F

Fecha de recepcion: 27-dic-2016 8:56 pm
Fecha de impresion: 29-dic-2016 8:34 am
Empresa: HOSPITAL SANTA CLARA (CONTADO)
Sede: REFERENCIA
Fecha Validacion: 28-dic-2016 5:23:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	36.6	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

CARMEN ELENA RUIZ SARMIENTO
C.C. 1,042,998,110
BACTERIOLOGA

JENNY ROSMINY MATA LLANA ALFONSO
CC 1.058.327.296
BACTERIOLOGA

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 - ecografiascolorcontreras@hotmail.com

Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaría Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante:	Subred Centro Oriente - Hospital Santa Clara.			
Fecha examen:	Dic 6/2016	Cargo:	Terapeuta Respiratorio	
Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico	Retiro	Trabajo en alturas

Trabajador

Apellidos	Latorre Real	Nombres	Claudia del Rocio.		
ID:	52.054.741	Tel:	312 357 6423	Sexo	F.
Profesión:	Terapeuta Respiratoria			Diestro	SI
Dirección	Calle 13 Sur # 24H-54 (Restrepo)			Zurdo	—
				Ciudad:	Bogotá.

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional	SI	Audiometria	—	Optometria	—
Radiografía	—	Electrocardiograma	—	Espirometria	—
Glicemia	—	Colesterol,	—	Triglicéridos	—
Otros	—				

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo	SI	Apto con restricciones que no limitan su labor	—
Apto con restricciones:	—	Aplazado por restricciones	—
Puede continuar su labor	—	Puede continuar con reubicación laboral	—
Examen de retiro satisfactorio.	—	Examen de retiro con patología	—
Apto para trabajo en alturas.	—	No apto	—

Restricciones médicas ocupacionales

No

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal	SI	Valoración por:	
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	—	Reubicación laboral temporal.	—
Realización de pruebas complementarias	—	Rehabilitación ocupacional.	—
Otras	—		

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. N° 15006/2015 S.D.S.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

v 4-2.016

Claudia Latorre
52054741

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.
TRABAJADOR EXAMINADO.



Salamandra®

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE

Claudia del Rocío Latorre Leal

Identificado con cédula de ciudadanía N° 52054741

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación
del curso

Soporte Vital Básico y Avanzado

El cual avala competencias en los componentes de:

**SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO EN COLAPSO CARDIO-
RESPIRATORIO Y ABORDAJE INICIAL EN TRAUMA**

Con una intensidad de 20 horas

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá
a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2016,
con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

LAUREANO QUINTERO, MD.
Director Científico

Constancia registrada
con el No. C-SBV53420162021

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

FECHA:	27-11-17	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
--------	----------	---------	--------	---------------	--------------

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	JATORRE	SEGUNDO APELLIDO:	LEAL	PRIMER NOMBRE	CLAUDIA	SEGUNDO NOMBRE	DEL ROSO
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	Bogotá		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐
5205441		Bogotá		1990-12-31			
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:	26-09-72	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	Bogotá	PAIS NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD:	
Colombiana							
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		3		3		3123516423	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ TECNICO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ OTRO ☐							TEMPERATURA RESPIRATORIA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 29 N. 4A-59	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
claudia.grociatorre@gmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Hoyos	Mena	7200	HOMERO
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	11.800.669	BOGOTÁ - CHOCO	1991-07-27
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
		NACIONALIDAD: Colombiana	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA..... ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA ☐ ICA ☐	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
				PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	86921
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	SUB RED CENTRO ORIENTE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☒	# NIT 9009590547
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐	OTRA ☐ CUAL: X			
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
DRAGON 134543		3 4444 84		BOGOTA	CUNDINAMARCA
CARGO ACTUAL		TEMPERA RESPIROMA		FECHA VINCULACION	1-02-2016

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	2.300.000	ARRIENDOS	1.000.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	15.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	150.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	1.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2.300.000	TOTAL EGRESOS	2.500.000	TOTAL ACTIVOS	150.000.000	TOTAL PASIVOS	15.000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GELOEZ		SHICELI	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
	BOGOTA	AMIGA	3114 696536

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVID ENDA		008480362642	20 DE JULIO	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐
					CUAL: <input type="text"/>

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

TEMPERA RESPIROMA

- 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)
- 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.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré 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 atañere a 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 estadísticos, 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 dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

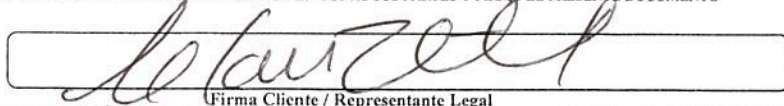
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail sarlaff@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

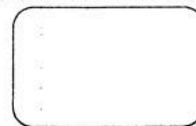
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre del funcionario o Asesor:	
4. Lugar de la Entrevista:	
5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



DAVIVIENDA



H.01

CUENTA DE AHORRO

0084 8036 2642

INFORME DEL MES: AGOSTO /2017

Apreciado Cliente

CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL

CLAUDIAROCIOLATORRE@GMAIL.COM

Saldo Anterior	\$5,025.86
Más Créditos	\$2,400,311.25
Menos Débitos	\$2,400,731.66
Nuevo Saldo	\$4,605.45
Saldo Promedio	\$379,523.79
Saldo Total Bolsillo	\$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha	Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
08 08	\$ 2,400,279.00+	0410	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
09 08	\$ 720,000.00-	2816	Retiro en Cajero Automatico.	BARRIO RESTREPO BOG
09 08	\$ 720,000.00-	2818	Retiro en Cajero Automatico.	BARRIO RESTREPO BOG
15 08	\$ 520,000.00-	9738	Retiro en Cajero Automatico.	SANTA ISABEL
15 08	\$ 40,000.00-	9740	Retiro en Cajero Automatico.	SANTA ISABEL
20 08	\$ 6,000.00-	0001	Pago Prima Seguro.	BTA PROCESOS ESP.
20 08	\$ 5,167.00-	0002	Pago Prima Seguro.	BTA PROCESOS ESP.
24 08	\$ 380,000.00-	0272	Retiro en Cajero Automatico.	SANTA ISABEL BOGOTA
31 08	\$ 32.25+	0000	Rendimientos Financieros.	
31 08	\$ 9,564.66-	0000	Gravamen a los Movimientos Financieros	

APRECIADO CLIENTE, LAS TARIFAS DE SUS PRODUCTOS CAMBIARÁN A PARTIR DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2017.



Podrá consultarlas a partir del 17 de septiembre de 2017 ingresando a www.davivienda.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este producto cuenta con seguro de depósitos
Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisión fiscal KPA/AG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.
Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero, Carlos Mario Serna Dirección: Calle 72 No. 5 - 30 Piso 18 en Bogotá. PBX: 6092013 Fax: 4829715
Correo Electrónico: defensordelcliente@davivienda.com
Para mayor información en www.davivienda.com

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52054741

Numero de Documento

BOLIVAR

ARL

CLAUDIA

Primer Nombre

DEL ROCIO

Segundo Nombre

JATORRE

Primer Apellido

JENAL

Segundo Apellido

26-09-1974

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

CR 29 N. 4A-59

Dirección de Residencia

teléfono fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

PORVENIR

AFP - Pensiones

2.700.000

Honorarios

TEMPERATURA RESPIRATORIA

Objeto Contractual (Cargo)

AGOSTO 1. 2014

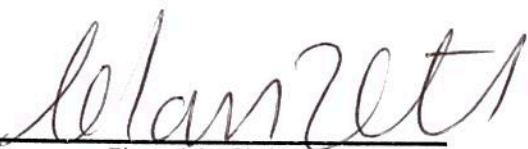
Fecha Inicio del Contrato

claudiaroculatorre@gmail.com

Correo Electrónico

3123516423

Celular



Firma del Afiliado

ESNEDA ROCHA

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 41920114



DAVIVIENDA



H.01

CUENTA DE AHORRO

0084 8036 2642

INFORME DEL MES SEPTIEMBRE /2017

Apreciado Cliente

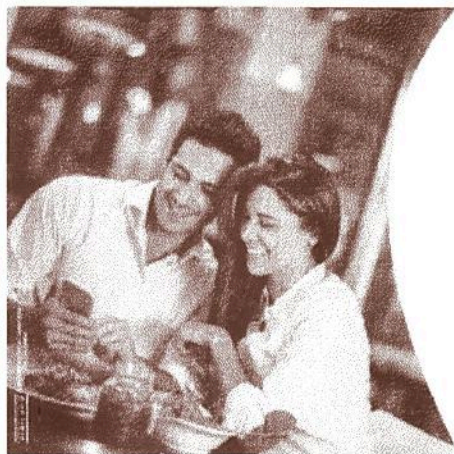
CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL

CLAUDIAROCIOLATORRE@GMAIL.COM

Saldo Anterior	\$4,605.45
Más Créditos	\$2,853,463.71
Menos Débitos	\$2,857,862.90
Nuevo Saldo	\$206.26
Saldo Promedio	\$203,887.63
Saldo Total Bolsillo	\$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha	Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
08 09	\$ 2,853,447.00+	3941	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
09 09	\$ 720,000.00-	7877	Retiro en Cajero Automatico.	SANTA ISABEL BOGOTA
09 09	\$ 132,700.00-	1352	Compra VIVA LA PIZZA	FRANQUICIA VISA
09 09	\$ 520,000.00-	1590	Retiro en Cajero Automatico.	C.C LA 14 CALIMA BOG
10 09	\$ 520,000.00-	2762	Retiro en Cajero Automatico.	SANTA ISABEL
11 09	\$ 520,000.00-	8436	Retiro en Cajero Automatico.	SANTA ISABEL BOGOTA
12 09	\$ 127,777.00-	3356	Compra MERKACOL CIUDAD JARDIN	FRANQUICIA MASTER CARD
13 09	\$ 300,000.00-	8108	Retiro en Cajero Automatico.	LA VALVANERA BOGOTA
20 09	\$ 6,000.00-	0001	Pago Prima Seguro.	BTA PROCESOS ESP.
30 09	\$ 11,385.90-	0000	Gravamen a los Movimientos Financieros	
30 09	\$ 16.71+	0000	Rendimientos Financieros.	



ACTIVE Y DESACTIVE SU TARJETA DÉBITO PARA COMPRAS INTERNACIONALES O RETIROS EN CAJEROS ELECTRÓNICOS EN EL EXTERIOR.

Hacerlo es muy fácil:

1. Ingrese a Davivienda.com con su clave virtual.
2. Seleccione "Más Servicios" y luego "Personalizaciones"
3. Ingrese a "Controlar transacciones virtuales y presenciales en el exterior"
4. Y siga las instrucciones.

Este producto cuenta con seguro de depósitos

Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.

Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero, Carlos Mario Serna Dirección, Calle 72 No. 6 - 30 Piso 18 en Bogotá, PBX: 6092013 Fax: 4829715

Correo Electrónico: de.fansordelcliente@davivienda.com

Para mayor información en www.davivienda.com



DAVIVIENDA



H.01

CUENTA DE AHORRO

0084 8036 2642

INFORME DEL MES: OCTUBRE /2017

Apreciado Cliente

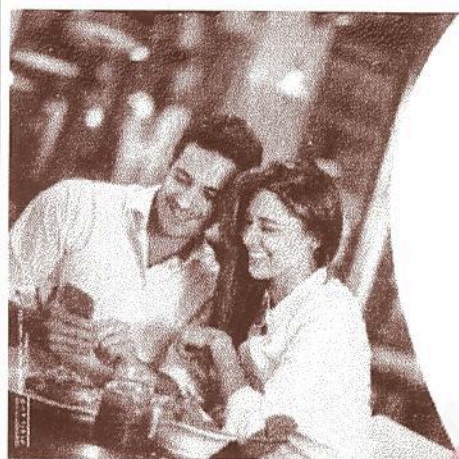
CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL

CLAUDIAROCIOLATORRE@GMAIL.COM

Saldo Anterior	\$206.26
Más Créditos	\$2,675,136.96
Menos Débitos	\$2,671,371.66
Nuevo Saldo	\$3,971.56
Saldo Promedio	\$352,516.41
Saldo Total Bolsillo	\$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha	Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
06 10	\$ 2,675,107.00+	5914	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
06 10	\$ 5,167.00-	0001	Pago Prima Seguro.	BTA PROCESOS ESP.
07 10	\$ 720,000.00-	1174	Retiro en Cajero Automatico.	SANTA ISABEL BOGOTA
07 10	\$ 720,000.00-	1176	Retiro en Cajero Automatico.	SANTA ISABEL BOGOTA
10 10	\$ 4,800.00-	9042	Cobro Por Uso Cajero Redeban.	FRANQUICIA MASTER CARD
10 10	\$ 300,000.00-	9042	Retiro con Tarjeta Cajero Redeban.	FRANQUICIA MASTER CARD
12 10	\$ 200,000.00-	1310	Retiro en Cajero Automatico.	GIRARDOT
14 10	\$ 4,800.00-	4186	Cobro Por Uso Cajero Redeban.	FRANQUICIA MASTER CARD
14 10	\$ 300,000.00-	4186	Retiro con Tarjeta Cajero Redeban.	FRANQUICIA MASTER CARD
17 10	\$ 400,000.00-	4517	Retiro en Cajero Automatico.	SANTA ISABEL
20 10	\$ 6,000.00-	0001	Pago Prima Seguro.	BTA PROCESOS ESP.
31 10	\$ 29.96+	0000	Rendimientos Financieros.	
31 10	\$ 10,604.66-	0000	Gravamen a los Movimientos Financieros	



ACTIVE Y DESACTIVE SU TARJETA DÉBITO PARA COMPRAS INTERNACIONALES O RETIROS EN CAJEROS ELECTRÓNICOS EN EL EXTERIOR.

Hacerlo es muy fácil:

1. Ingrese a Davivienda.com con su clave virtual.
2. Seleccione "Más Servicios" y luego "Personalizaciones"
3. Ingrese a "Controlar transacciones virtuales y presenciales en el exterior"
4. Y siga las instrucciones.

Este producto cuenta con seguro de depósitos

Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77855 de Bogotá.

Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: Carlos Mario Serna Dirección: Calle 72 No. 6 - 30 Piso 18 en Bogotá. PBX: 6092013 Fax: 4829715

Correo Electrónico: defensorcliente@davivienda.com

Para mayor información en www.davivienda.com

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN**CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 19 de Noviembre de 2017

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad INDEPENDIENTE - APOORTE 2%, con la siguiente información:

No. de Identificación : 52054741
Nombre : CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL
Fecha de Afiliación a CCF : 2016/05/31
Estado : Afiliado
Categoría : B

La presente certificación se expide con destino a subred centro oriente y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

GESTIÓN DE VINCULADOS

Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA



FOR-PSA-0111



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **52,054,741**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Noviembre de 2017.

Gerente de Clientes



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

CERTIFICA QUE:

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

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

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52054741	CLAUDIA DEL RIO LATORRE LEAL	SANTA CLARA-ASISTENCI AL	3	2.436%	01/09/2016		INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 23 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 101890145



WEB
11:14:14
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de noviembre del 2017

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) CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52054741:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

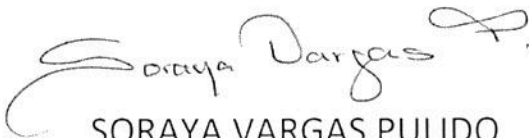
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 19 de noviembre de 2017, a las 11:18:7, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.054.741
Código de Verificación	632366522017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Digitó y Revisó: Vía Web

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1 • Código Postal 111071 • PBX 518 7000



Bogotá D.C., 19 de Noviembre de 2017 - 11:25 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CEDULA DE CIUDADANIA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y UN**

52054741

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de 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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

[Inicio](#)

[Institución](#)

[Contáctenos](#)

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/11/2017 a las 11:23:59 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 52054741 y Nombres: LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional más cercanas](#).
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

[Volver al Inicio](#)

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21. CAN. Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.

Find people

Search

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA ROCIO LATORRE LEAL

C.C.: 52054741

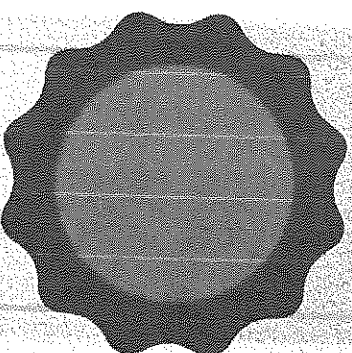
Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas
Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.



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



BOGOTÁ
MEJOR



