

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA			
PROCESO SOLICITANTE:	FECHA:	16/11/2017	Nº FOLIOS:
NOMBRE DEL CANDIDATO:	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ	DOCUMENTO:	1013634029
TELEFONO:	3104810810	ACTIVIDAD SOLICITADA:	FACTURACION

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).
TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO			
1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐	

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO			
1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI ☒	
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒ N/A ☐	
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☒ N/A ☐	
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒ NO ☐	
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐ N/A ☒	
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒ N/A ☐	
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☒ N/A ☐	
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒	
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIU _____ FECHA _____	SI ☒	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐ N/A ☒	
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐ N/A ☒	
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☐ N/A ☒	
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☐ N/A ☒	
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐ N/A ☒	
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☐ N/A ☒	
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☒	
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐ N/A ☒	
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐ N/A ☒	
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APT)	SI ☐ N/A ☒	
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐ N/A ☒	
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐ N/A ☒	
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐ N/A ☒	
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI ☒	
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____	SI ☒	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI ☒	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____	SI ☒	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
Vº/Bº Proceso Solicitante		Fecha:	
Vº/Bº Talento Humano:		Fecha:	
Vº/Bº Contratación:		Fecha:	

Buscar por proceso Menú ▼

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Celebratationes LINA JULIETH PICO HERNANDEZ

LINA JULIETH PICO HERNANDEZ con el NIT 1013634029 creada

Si usted es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

	© 2014 Votat	Támesis de uso	Nominal	Soneto Remato	Ayuda	Español (Colombia)
--	--------------	----------------	---------	---------------	-------	--------------------



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTINTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 16-nov-2017

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PICO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERNANDEZ	NOMBRES LINA JULIETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1013634029	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 20 MES JUN AÑO 1992 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 16 No. 10a-26 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C. TELEFONO 3104810810 EMAIL linajh92@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES DIC AÑO 2009	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TEMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	1	X	PROGRAMACION EN SISTEMAS	10 2010	No especificada



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-nov-2017

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	linajh92@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
REVISORA DE CUENTAS	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	DIAGONAL 34 # 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E.	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	linajh92@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DÍA 1 MES 12 AÑO 2014		DÍA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
FACTURADORA	ASISTENTE ADMINISTRATIVA	Cra. 14b #1-45 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AYUDAMOS COLOMBIA S.A.		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	fernando.miranda@ayudamoscta.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3256565	DÍA 3 MES 5 AÑO 2011		DÍA 16 MES 8 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
REPRESENTANTE BANCARIA	COMERCIAL	CALLE 12 B # 8A - 34	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	2	11
PRIVADO	1	3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTINTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-nov-2017

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	2

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO 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 CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LINA JULIETH PICO HERNANDEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1013634029 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA

Departamento Bogotá D. C.

Municipio BOGOTA D. C.

Dirección CRA 16 No. 10a-26

Teléfonos 3104810810 3104810810

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARTHA HERNANDEZ PEÑA	51964847	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	\$ 15.795.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	043318427	JAVERIANA	\$ 6.636,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

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 ☐ N ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	0

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá D.C. 16/11/17

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
La Secretaría de Educación Distrital
y en su nombre el

Colegio
San Francisco de Asís
Institución Educativa Distrital
Bogotá, D. C.

Aprobado por la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá, D. C., según Resolución
No. 7437 del 13 de noviembre de 1998 y Resolución No. 490 del 13 de febrero de 2003
Antigua Instituta Politécnica Nacional Femenina

Confiere a:

Pico Hernández Lina Julieth

92062067359

El título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994;
según los planes y programas vigentes



Electora

Secretaria

Martha Isabel Bogotó Tranchita
Martha Isabel Bogotó Tranchita

María Magdalena Sarmiento Rodríguez
María Magdalena Sarmiento Rodríguez

Acta N° 88 Folio N° 48

Dado en Bogotá, D. C., a los 03 días del mes de Diciembre del año 2009

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según decreto N° 621 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de
Educación Nacional y 2130 del 7 de Diciembre de 1993, Presidencia de la República



Colegio San Francisco de Asís

Institución Educativa Distrital
Diagonal 1ª No. 19-79 • Teléfono: 333 2708 - 333 2711

INSCRIPCIÓN S. E.: 1550
DANE: 11100102181

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Bogotá, D. C., a los 3 días del mes de Diciembre del año 2009, se reunieron, con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos(as), de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a), en la Rectoría del

Colegio San Francisco de Asís Institución Educativa Distrital

Institución aprobada hasta Nueva Orden en el nivel de Educación Media Vocacional y aprobada por la Secretaría de Educación distrital para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 7457 del 13 de noviembre de 1998 y Resolución No. 450 del 13 de febrero de 2003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

Pico Hernández Lina Julieth

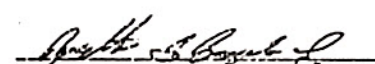
92062067359

Es fiel copia tomada del Acta Original Genera original No. 88 Folio No.48 de fecha 3 de Diciembre de 2009.

Firmada y sellada por: MARTHA ISABEL BOGOTÁ TRANCHITA (Rectora) y MARÍA MAGDALENA SARMIENTO RODRÍGUEZ (Secretaria).

Dada en Bogotá, D. C., a los 3 días del mes de diciembre del año 2009.

FIRMADA Y SELLADA


MARTHA ISABEL BOGOTÁ TRANCHITA
C. C. No. 41.722.697 de Bogotá
RECTORA


MARÍA MAGDALENA SARMIENTO RODRÍGUEZ
C. C. No. 41.593.294 de Bogotá, D. C.
SECRETARIA

Nota: Según Decreto No. 1024 del 15 de Abril de 1982. No requiere autenticación de firmas.



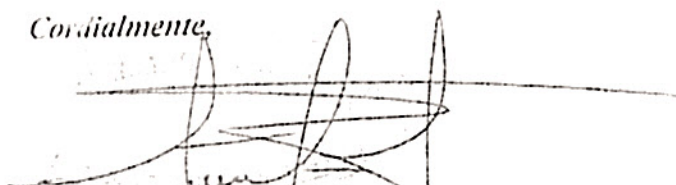
**INSTITUTO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO
Y EL DESARROLLO HUMANO**
*Aprobación Oficial No 3946 de Junio/98, 3367 de Octubre/02 y 15-001 de
Enero/11- Secretaria de Educación*

CERTIFICA QUE

La alumna **LINA JULIETH PICO HERNANDEZ** identificada con tarjeta de
identidad N° **92062067359** de Bogotá D.C., cursó los programas
**INTRODUCCION A SISTEMAS OPERATIVOS, WINDOWS ,WORD ,EXCEL,
POWER POINT**, aplazando el técnico laboral por competencias en análisis y
programación por motivos personales.

La presente certificación se expide a los 29 días del mes de marzo de 2011

Cordialmente,



ANDRES LEGUIZAMON MEJIA
DIRECTOR GENERAL

Bogotá D.C

Señores:

Colegio San Francisco de Asís I.E.D.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

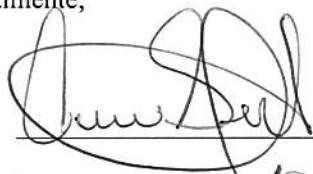
Yo, Lina Plathico Hernández en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo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

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

Bachiller Académico
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

1013634029

Tarjeta profesional No: NA.

Dirección de contacto:

Ca 16 No. 10-26 sur.

Teléfono:

364840810.

AYUDAMOS COLOMBIA

CERTIFICA

Que PICO HERNANDEZ LINA JULIETH identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 1013634029 estuvo vinculado(a) a CTA AYUDAMOS COLOMBIA, desde el 3 de Mayo de 2011 hasta el 30 de Septiembre de 2011 desempeñando la función REPRESENTANTE BANCARIO VENTAS.

El convenio como asociado fue de tipo indefinido. El retiro fue voluntario por parte del asociado.

Se expide a solicitud del interesado (a) en Bogotá D.C. a los 30 días del mes Septiembre de 2011.

Cordialmente,



TITO AFRANIO TORRES A.
Líder de Contratación

Nota: La referenciación de la anterior certificación se realizara únicamente a través del correo electrónico fernando.miranda@ayudamoscta.com en el horario de lunes a viernes de 4pm a 6pm.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.634.029

PICO HERNANDEZ

APELLIDOS

LINA JULIETH

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1,62

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

03-AGO-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00254704-F-1013634029-20100909

0023838668A 1

35110704



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUSCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización
Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14438988466



(415)770721248984(8020)0000014438988466

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 3 6 3 4 0 2 9

6. DV

2

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 1 3 6 3 4 0 2 9

27. Fecha expedición:

2 0 1 0 0 8 0 3

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

PICO

32. Segundo apellido

HERNANDEZ

33. Primer nombre

LINA

34. Otros nombres

JULIETH

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

CR 16 10 A 26 SUR

42. Correo electrónico:

linajh92@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 0 4 8 1 0 8 1 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 1 2 0 1

Actividad económica

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

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

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 7 1 1 2 2

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 CASAS MORAD VICTOR JULIO

985. Cargo: Analista II



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 22-11-2017

Hora: 2:25:27 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1013634029-2 LINA JULIETH PICO HERNANDEZ

Información General

Dirección CR 16 10 A 26 SUR

Teléfonos 3104810810

Dirección electrónica linajh92@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/08/2016

Soporte Inscripción 22440450

Fecha Inicio Actividades 01/01/2010

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002419767

CONCEPTO MEDICO SALUD OCUPACIONAL

Bogota

FECHA: *30-10-15* HORA:

UBICACION: *Hospital Santa Clara* CARGO: *auxiliar Facturacion*

IDENTIFICACION

PRIMER APELLIDO: *Pico* SEGUNDO APELLIDO: *Hernandez* NOMBRES: *Lina*

C. N°: *1013634029* LUGAR: *Bogota* EDAD: *22* SEXO: *F*

RECCION: *Cra 16 N° 10 A 26* TELEFONO: CELULAR: *3104810810*

PO DE EXAMEN Marque con una (x)

INGRESO	PERIODICO	☒ EGRESO	CUALES:
UBICACION	REINTEGRO	OTROS	

EXAMENES REALIZADOS, Marcar con una (X)

NO INGRESO	☒ VISIOMETRIA	F. RENAL	F. GARGANTA
ODIOMETRIA	PERFIL LIPIDICO	C. HEMATICO	OTROS:
SPIROMETRIA	GLICEMIA	COPROLOGICO	
TORAX	C. HEMATICO	KOH UNAS	

RECOMENDACIONES

BIENE POSTURAL	PVE EN LOS QUE REQUIEREN INGRESAR	OTRAS RECOMENDACIONES
MUSAS ACTIVAS	1	1
BITOS DE VIDA	2	2
ALUDABLE		

CONCEPTO DE APTITUD. Marcar con una (X)

TO PARA LABORAR SIN PATOLOGIAS	☒ SI	☐ NO
TO PARA LABORAR CON PATOLOGIAS QUE NO AFECTAN LA LABOR	☐ SI	☐ NO
PRESENTA PATOLOGIAS INCOMPATIBLES CON SUS FUNCIONES	☐ SI	☐ NO
BIENTE APLAZADO	☐ SI	☐ NO
TO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐ SI	☐ NO
TO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	☐ SI	☐ NO
TO PARA TRABAJO ESPECIALIZADO	☐ SI	☐ NO

SERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Control de peso y readecuacion de fin

[Firma]
1013634029

Firma y Cedula del Trabajador.

HUELLA

[Firma]
1013634029

Firma y sello del Profesional.

		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	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2017-11-16	CIUDAD:	BOGOTA DC	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distiguído Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
PICO	HERNANDEZ		LINA	JULIETH	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUP ☐	1013634029	BOGOTA
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1992-04-20	BOGOTA/ CUNDINAMARCA		COLOMBIA	COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐			NA	NA	3104810810
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAESTRO ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☒ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐					REVISOR DE CUENTAS
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 16 # 10A-26 SUR		BOGOTA DC	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	3283534
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
LINAR92@GMAIL.COM		NA		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	TELEFONO/FAX	
NA		NA	NA	NA	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
NA	NA		NA	NA	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUP ☐	NA	NA
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		
		CUAL:	NACIONALIDAD: NA		
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASAJARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	IVA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	8299	
		ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☒				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 PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐		# NIT 900.959.051			
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: ☒			
DIRECCION DE LA EMPRESA DIAGONAL 34 N 5 43		TELÉFONO 3444484		CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTÁ	
				DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	
				PAÍS COLOMBIA	
CARGO ACTUAL		REVISOR DE CUENTAS		FECHA VINCULACION 2016-08-01	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS NA	VENTAS ANUALES NA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA NA	DESCRIPCION ACTIVIDAD NA	FECHA CONSTITUCION NA	TIPO SOCIEDAD NA
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
PASIVOS					
SALARIOS 2,100,100	GASTOS FAMILIARES \$ 350,000	AHORROS \$ 550,000	SALDO HIPOTECA \$ 0	TARJETAS DE CREDITO \$ 0	DEUDA VEHICULOS \$ 0
HONORARIOS \$ 0	ARRIENDOS \$ 0	INVERSIONES \$ 0	DEUDAS TERCEROS \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0
ARRIENDOS \$ 0	CUOTA VEHICULO \$ 0	VEHICULOS \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0
COMISIONES \$ 0	CUOTA VIVIENDA \$ 0	PROPIEDADES \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0
OTROS INGRESOS* \$ 0	OTROS EGRESOS* \$ 0	OTROS ACTIVOS* \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0
TOTAL INGRESOS \$ 2,100,000	TOTAL EGRESOS \$ 900,000	TOTAL ACTIVOS \$ 0	TOTAL PASIVOS \$ 0	TOTAL PASIVOS \$ 0	TOTAL PASIVOS \$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS NA		DESCRIPCION OTROS EGRESOS NA		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS NA	
				DESCRIPCION OTROS PASIVOS NA	
6. REFERENCIAS PERSONALES					
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO AGUIRRE		SEGUNDO APELLIDO MONTAÑA		PRIMER NOMBRE DEYVER	
				SEGUNDO NOMBRE ALEXANDER	
DIRECCION CARRERA 181 BIS 64A SUR 16		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS BOGOTÁ D.C.		TIPO RELACION AMIGO	
				TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR 3208611734	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD BANCO DE BOGOTÁ		TIPO DE PRODUCTO CUENTA DE AHORROS		NÚMERO 43318427	
				SUCURSAL JAVERIANA	
				TELÉFONO 3077000	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD NA		TIPO DE PRODUCTO NA		NÚMERO NA	
				PAÍS/CIUDAD NA	
				MONEDA NA	
				MONTO PROMEDIO NA	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS: IMPORT ☐ EXPORT ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ CUAL: ☐					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 20px;"> REVISOR DE CUENTAS </div>					
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, complemento 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, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.					

 <p style="font-size: small;">Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>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</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>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. <i>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</i></p> <p>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</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 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) <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
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		
<ol style="list-style-type: none"> 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 los 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		
<p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>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.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>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.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 2 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: sarlufr@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 autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.
 NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

[Firma manuscrita]

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Certificado de Afiliación

La Señora LINA JULIETH PICO HERNANDEZ , identificada con Cédula Ciudadanía 1.013.634.029, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	1013634029	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual:	VIGENTES	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Dirección actual de residencia:	CR 16 10A 26 SUR	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC
Teléfono actual de residencia:	3283534		

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1013634029	Lina Julieth Pico Hernandez	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
------------------	----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 16 días del mes de Noviembre de 2017, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LINA JULIETH PICO HERNANDEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,013,634,029**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 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	1013634029	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ	RAFAEL URIBE-SEDE ADMINISTRATIVA	1	0.522%	01/09/2016		INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 16 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 101791832



WEB

11:20:56

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 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) LINA JULIETH PICO HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013634029:

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
JURISDICCIÓN COACTIVA

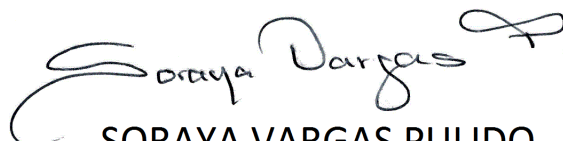
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 16 de noviembre de 2017, a las 11:22:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.013.634.029
Código de Verificación	10248556402017

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



Bogotá D.C., 16 de Noviembre de 2017 - 11:28 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., el señor(a) **LINA JULIETH PICO HERNANDEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL VEINTINUEVE** de BOGOTÁ, D.C.

1013634029

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11_E8UX5_2711**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



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, 16/11/2017 a las 11:39:19 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 1013634029 y Nombres: PICO HERNANDEZ LINA JULIETH

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 8:am 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



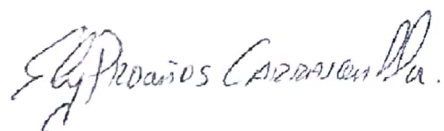
Todos los derechos reservados 2011.

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que PICO HERNANDEZ, LINA JULIETH, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.013.634.029 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 043318427, abierta/o desde el 03/05/2011.

Se expide en Bogotá el día 17 del mes de Noviembre del año 2017



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO