



16/02/16 10:00:00

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro conduya la sesión.

Realizaciones: Jeimy Kasthamee Quiro Jimenez

Jeimy Kasthamee Quiro Jimenez con el NIT 1012382851 creada

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

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		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		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		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		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	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		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	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		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	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	

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
SERVIDOR PÚBLICO	1a 1/2	15 Meses
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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 POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C.


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 UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Jaimey Katherine Quintero
 IDENTIFICADO CON: C.C. y C.E. T.I. N° 1012382851 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
 País Colombia Departamento Bogotá Municipio Bogotá
 Dirección Calle 66 A 81-33 Teléfonos 3138332641

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Alejandro Quintero</u>	<u>19339409</u>	<u>Padre</u>
<u>Soledad Jimenez</u>	<u>51837212</u>	<u>Madre</u>
<u>Diego Quintero</u>	<u>80741668</u>	<u>Hermano</u>
<u>Jeisson Quintero</u>	<u>80143820</u>	<u>Hermano</u>

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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	<u>22'900.000</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	<u>8'500.000</u>
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	<u>\$30'400.000</u>

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
<u>Bancolombia</u>	<u>Ahorro</u>	<u>1005362008</u>	<u>Bogotá</u>	<u>9'200.000</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
<u>Coche</u>	<u>Lincoln Ford 2015</u>	<u>\$1'000.000</u>

EMPLEADOR O CONTRATANTE

**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:

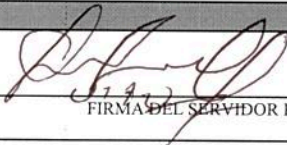
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	No
---------------------------------	--	----

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

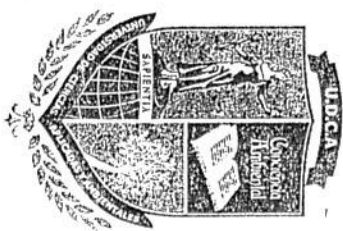
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá 19-1-18
CIUDAD Y FECHA

EMPLEADOR O CONTRATANTE



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES UDCA

Personería Jurídica No. 7392 - de Mayo de 1983 - Resolución No. 1975 del 29 de diciembre de 2004 - Ministerio de Educación Nacional

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ

Cédula de Ciudadanía No. 1.012.382.851 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Universidad y cumplió los requisitos exigidos por los estatutos y la ley,
para un programa de formación de nivel de pregrado,
le confiere el título de:

Médico

En testimonio de lo anterior, se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., República de Colombia. 16 de junio de 2016.

Presidente.

Rector.

Decano.

Secretaría General.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado No. 9795

En la Ciudad de Bogotá D.C., el 16 de junio de 2016, se llevó a cabo el Acto de Graduación, presidido por los Doctores: Jaime Cadena Santos, Presidente, Germán Anzola Montero, Rector y Eliana Sánchez Saldarriaga, Secretaria General; en el cual la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. previo el juramento reglamentario, confirió el título de

MÉDICO

A:

JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ

Identificada, con la Cédula de Ciudadanía No. 1.012.382.851 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales y le otorgó el Diploma que lo acredita como tal.

La Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., está autorizada para conferir este título según lo establecido en el Artículo 19 de la Ley 30 de 1992.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Bogotá D.C., el 16 de junio de 2016.

Firmado por:

JAIME CADENA SANTOS
Presidente

ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser la de Eliana Sánchez Saldarriaga, con una 'E' muy grande y decorativa.

ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Cienccas aplicados y ambientales
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual) UDCA

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jeimy Katherine Guib Jimenez 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:

Medico

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

[Firma manuscrita]

No. de documento:

1012382851

Tarjeta profesional No:

1012382851

Dirección de contacto:

Cll 66A 81-33

Teléfono:

313 8332694

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.382.851**
QUITO JIMENEZ

APELLIDOS
JEIMY KATHARINEE

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1991**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

04-DIC-2009 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00508093-F-1012382851-20131114

0035736303A 2

1162619339

2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14383832396



(415)7707212489984(8020) 000001438383239 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 2 3 8 2 8 5 1

6. DV

4

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 2 3 8 2 8 5 1

27. Fecha expedición:

2 0 0 9 1 2 0 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

QUITO

32. Segundo apellido

JIMENEZ

33. Primer nombre

JEIMY

34. Otros nombres

KATHARINEE

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

CL 66 A 81 33 SUR BRR TRIANGULO DE LAS MATERAS

42. Correo electrónico:

jequit@gmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 1 9 4 3 7 4 9 0 4

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 8 0 3

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

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 ☐

60. No. de Folios:

1

61. Fecha: 2 0 1 6 0 8 0 3

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:

[Firma manuscrita]

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SANCHEZ VEGA LUZ ADIELA

985. Cargo: Gestor

• **CONTRIBUYENTE** CC 1012382851 JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ

Información General

Dirección CL 66 A 81 33 SUR

Teléfonos 3194374904

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 03/08/2016

Soporte Inscripción 16361486

Fecha Inicio Actividades 03/08/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U 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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002328832



MINSALUD



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JEIMY KATHARINE QUITO JIMENEZ

C.C o C.E 1012382851

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación
U.D.C.A.

Ciudad BOGOTÁ D.C.

Fecha de expedición diploma

18/08/2016

Fecha de inscripción RETHUS

09/10/2017



1012382851

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 18 C # 121-40 Ofc. 201 info@colegiomedicocolombiano.org



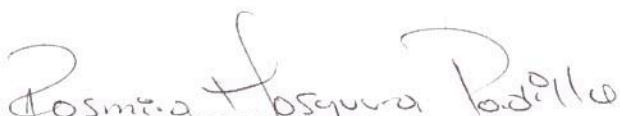
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SERVICIOS EN SALUD Y ASEGURAMIENTO
DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CERTIFICA:

Que conforme a lo establecido en la el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, el (la) doctor (a) JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ, identificado(a) con C.C 1012382851, cumplió el Servicio Social Obligatorio como MEDICA, en la (s) siguiente(s) plaza (s) y fechas:

CÓDIGO DE LA PLAZA	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
1100130296341-2	Subred Integrada de Servicios de Salud Occidente E.S.E. - Unidad de Servicios de Salud PABLO VI BOSA	Prestación de Servicios	24/08/2016	23/08/2017


ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Elaboró: Lilia Edith López Rojas 

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



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Primer Nombre *

Cédula de Ciudadanía ▼

1012382851

Primer Apellido *

[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1012382851	JEIMY	KATHARINEE	QUITO	JIMENEZ	Ver

Información Detallada [CC: 1012382851] JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ

Información Académica

Tipo Programa Origen Obtención Título Profesión u Ocupación Fecha desde que puede ejercer Entidad Reportadora

UNV

Local

MEDICINA

2017/10/09

COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud 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.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



LABINTOX S.A.S.

SALUD OCUPACIONAL - LABORATORIO CLINICO - TOXICOLOGIA

FECHA : Octubre 27 de 2016
NOMBRE : QUITO JIMENEZ JEIMMY KATHERINE
CEDULA : 1012382851
EMPRESA : HOSPITAL PABLO VI DE BOSA I NIVEL E.S.E.

CONSEC. : 81
EDAD : 24
SEXO : F

HEPATITIS B, Anti - HBs					
RESULTADO	: 1549 mUI/mL				
VALORES DE REFERENCIA	Títulos Anticuerpos HBs				Tiempo de Protección
	Menor	de	10	mUI/mL	Vacunar o aplicar refuerzo
	10	a	100	mUI/mL	6 meses
	100	a	1000	mUI/mL	2 años
	1000	a	10000	mUI/mL	3 - 5 años
	Mayor	de	10000	mUI/mL	6 años
Después de 6 años aplicar refuerzo					
METODO	: Quimioluminiscencia				



LABINTOX S.A.S.
Licencia S.O.12960
M^a Idalith Castañeda TP 41.785.631

Resultado Normal

Quimioluminiscencia
Calle 134 No 17 - 71 Dentro de La Clínica Montserrat
Teléfono: 6271837 - CONM: 2596000 EXT 6115 CEL: 3212084821
Salud Ocupacional Sede IPSO Calle 134 Bis No 18 - 43 Tel: 309 91 74 / 75 / 76 Cel: 310 873 76 04
mercadeo@labintox.com - www.labintox.com

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma	Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	8 JUN 2012	8000157,010		Contra Fiebre Amarilla				
Toxoide Tetánico	1	08 JUN 2012	024190102						
Difitérico	2	09-07-12	024190110						
Td	3	09/07/13	1020211 C. SUR		Contra Influenza	8 JUN 2012	1203601	C.S.	
	4	03 JUL 2014	140000111			26 JUN 2013	9310402	Flor Rojas	
	5					03 JUL 2014	40901	Ady60P	
Contra Hepatitis B	1	08 JUN 2012							
	2	07 JUL 2012							
	3	08 AGO 2012							

Ref: 2012 08 JUN 2013 03 JUL 2014

Engerix-B 1 ml

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Jeimy Katharine Quito Jiménez**

Apellidos: **Quito Jiménez**

Documento de identidad: C.C. x.T.I. Pasaporte No. **1012382851**

Fecha de Nacimiento: Día **14** Mes **11** Año **1991**



MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLÍNICO - ASESORÍA OCUPACIONAL

Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogotá D.C.
www.ocupacionaljb.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EXAMEN:	INGRESO	FECHA CERTIFICADO:	27/11/2017 4:06:06 PM	EMPRESA:	PARTICULAR	CARGO:	MEDICO
NOMBRE:	JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ	CEDULA:	1012382851	EDAD:	26 Años	TELEFONO:	3194374904

CONCEPTO APTITUD

CONCEPTO	SI	CONCEPTO	SI
APTO	X		
ESPECIFIQUE			

SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
-----------------------	---

RECOMENDACIONES

1.	HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA VERTEBRAL - PAUSAS ACTIVAS - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - CONTINUAR CONTROL EN SU EPS POR MEDICINA EN CASO QUE NUVEMANETE VUELVA LOS SINTOMA DE ALTERACIÓN DE SU EQUILIBRIO Y TOMAR MEDICINAS POR RAZON(CRISIS) .
2.	
3.	

REMISION A EPS: NO

Yo, JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ identificado(a) con C.C. No.1012382851, de manera libre y voluntaria autorice al profesional abajo mencionado a realizar el examen médico y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo confidencial que le dé JUAN BAUTISTA SALUD OCUPACIONAL a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Sistema de Gestion en Salud y Seguridad en el trabajo.

ESTA CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE, LA HISTORIA CLINICA ES UN DOCUMENTO PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION 2346 DE 2007 DEL MINISTERIO DE SALUD, DECRETO 2174 DE 1996 Y RESOLUCION 1918 DE 2009.

 Dr. Sabas Gómez MD. Espec. S.O. Lic. 12866/2011 R.M. 73116631	 Cedula: 1012382851 Nombre: JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ
Médico Especialista	Aspirante o Trabajador
SABAS DANIEL GOMEZ CUENTAS R.M. 73116631 L.S.O. 12866	JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ C.C. No.:1012382851

FOR-PSI-02

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADOProveedor de
SVCA/ACLSJEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

05-Jun-2016

Fecha de emisión

June 2018

Fecha de actualización recomendada

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADONombre del centro
de entrenamiento

Universidad Nacional de Colombia—CEMU ID # ZL20672

Información del centro
de entrenamiento

BOGOTA, COLOMBIA, 57-1 TEL 3165072

Lugar
del curso

CEMU-UNIVERSIDAD NACIONAL

Nombre del
instructor

DR. JAIME ALFONSO BELTRAN G. ID # 12102176980

Firma del
titular

Código CPR—VERY e5c676560427

© 2011 American Heart Association

Manipular esta tarjeta alterará su apariencia. 90-2319US

PROFESIONAL DE LA SALUD

Profesional
de la salud



JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa Soporte Vital Básico (SVB/BLS) de la American Heart Association para profesionales de la salud (RCP y DEA).

03-Jun-2016

Fecha de emisión

June 2018

Fecha de actualización recomendada

PROFESIONAL DE LA SALUD

Nombre del centro
de entrenamiento

Universidad Nacional de Colombia CEMU ID # ZL20672

Información del centro
de entrenamiento

BOGOTA, COLOMBIA, 57-1 TEL 3165072

Lugar
del curso

CEMU-UNIVERSIDAD NACIONAL

Nombre del
instructor

DR. JAIME ALFONSO BELTRAN G. ID # 12102176980

Firma del
titular

[Firma manuscrita]

Código CPR—VERY b27cf9da93f3

© 2011 American Heart Association

Manipular esta tarjeta alterará su apariencia.

90-2321US



JEIMY QUITO

CL 65A SUR 89 33

\$\$BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. 0

ESTADO DE CUENTA

DESDE: 2017/09/30

HASTA: 2017/12/31

CUENTA DE AHORROS

NÚMERO 10053620081

SUCURSAL BOSA

Recuerda que por
Bancolombia App puedes

**Pagar
tus Facturas**

Así, te ahorras tiempo.



Usa Bancolombia App para pagar y transferir y no
vayas al banco. Es el momento de los que deciden
disfrutar su tiempo.

RESUMEN

SALDO ANTERIOR	\$	21,153,103.44	SALDO PROMEDIO	\$	13,422,041
TOTAL ABONOS	\$	3,382.65	CUENTAS X COBRAR	\$	.00
TOTAL CARGOS	\$	15,183,040.00	VALOR INTERESES PAGADOS	\$	3,382.65
SALDO ACTUAL	\$	5,973,446.09	RETEFUENTE	\$	.00

FECHA	DESCRIPCIÓN	SUCURSAL	DCTO.	VALOR	SALDO
7/10	ABONO INTERESES AHORROS			405.65	21,153,509.09
8/10	RETIRO CAJERO SUR BOSA 1			-100,000.00	21,053,509.09
9/10	ABONO INTERESES AHORROS			115.36	21,053,624.45
10/10	COMPRA EN CLIN D OBE			-4,350,000.00	16,703,624.45
11/10	ABONO INTERESES AHORROS			91.52	16,703,715.97
12/10	ABONO INTERESES AHORROS			42.46	16,703,758.43
12/10	RETIRO CAJERO BOSA			-600,000.00	16,103,758.43
12/10	RETIRO CAJERO BOSA			-600,000.00	15,503,758.43
12/10	CUOTA MANEJO TARJETA DEBITO			-5,680.00	15,498,078.43
13/10	COMPRA EN LOCATEL PL			-56,000.00	15,442,078.43
13/10	COMPRA EN SUPERTIEND			-88,200.00	15,353,878.43
31/10	ABONO INTERESES AHORROS			799.14	15,354,677.57
8/11	ABONO INTERESES AHORROS			336.48	15,355,014.05
9/11	ABONO INTERESES AHORROS			39.32	15,355,053.37
9/11	RETIRO CAJERO SUR BOSA 1			-400,000.00	14,955,053.37
9/11	RETIRO CAJERO SUR BOSA 1			-600,000.00	14,355,053.37
10/11	CUOTA MANEJO TARJETA DEBITO			-5,680.00	14,349,373.37
11/11	ABONO INTERESES AHORROS			78.62	14,349,451.99
12/11	RETIRO CAJERO CC PTO PRINCIPE			-600,000.00	13,749,451.99
17/11	ABONO INTERESES AHORROS			225.99	13,749,677.98
18/11	COMPRA EN SPORT CITY			-350,000.00	13,399,677.98
30/11	ABONO INTERESES AHORROS			477.23	13,400,155.21
5/12	ABONO INTERESES AHORROS			183.55	13,400,338.76
6/12	COMPRA EN BURGUE KI			-36,400.00	13,363,938.76
6/12	COMPRA EN BAR CAFE D			-53,000.00	13,310,938.76
8/12	ABONO INTERESES AHORROS			109.38	13,311,048.14
9/12	ABONO INTERESES AHORROS			34.82	13,311,082.96
9/12	RETIRO CAJERO BOSA			-600,000.00	12,711,082.96
10/12	ABONO INTERESES AHORROS			33.72	12,711,116.68
10/12	RETIRO CAJERO CENTRO COMERCIA			-400,000.00	12,311,116.68
11/12	ABONO INTERESES AHORROS			29.98	12,311,146.66
11/12	RETIRO CAJERO SURTIMAX CASA B			-400,000.00	11,911,146.66
11/12	COMPRA EN SPORT LINE			-964,800.00	10,946,346.66

Expresa sus inconformidades sobre su extracto a nuestro Revisor Fiscal Deloitte - Cll 16 Sur # 43 A 49 - Piso 9, Medellín (Ant). Ed. Corficolombiana.



ESTADO DE CUENTA

JEIMY QUITO

CL 65A SUR 89 33

\$\$BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. 0

DESDE: 2017/09/30

HASTA: 2017/12/31

CUENTA DE AHORROS

NÚMERO 10053620081

SUCURSAL BOSA

FECHA	DESCRIPCIÓN	SUCURSAL	DCTO.	VALOR	SALDO
12/12	PAGO PSE COMPENSAR-OI			-20,900.00	10,925,446.66
13/12	ABONO INTERESES AHORROS			59.86	10,925,506.52
14/12	ABONO INTERESES AHORROS			29.91	10,925,536.43
14/12	CUOTA MANEJO TARJETA DEBITO			-5,680.00	10,919,856.43
15/12	RETIRO CAJERO SUCURSAL BOSA2			-300,000.00	10,619,856.43
15/12	RETIRO CAJERO AUTO GRAN PLAZA			-600,000.00	10,019,856.43
15/12	RETIRO CAJERO AUTO GRAN PLAZA			-600,000.00	9,419,856.43
16/12	RETIRO CAJERO AUTO GRAN PLAZA			-600,000.00	8,819,856.43
15/12	RETIRO AHO CNB	CANAL CORRESPONSA		-600,000.00	8,219,856.43
15/12	RETIRO AHO CNB	CANAL CORRESPONSA		-1,200,000.00	7,019,856.43
15/12	COMISION RETIRO CAJERO			-8,400.00	7,011,456.43
17/12	ABONO INTERESES AHORROS			57.60	7,011,514.03
18/12	ABONO INTERESES AHORROS			19.02	7,011,533.05
18/12	COMPRA EN MUNDO BELL			-67,800.00	6,943,733.05
19/12	RETIRO CAJERO SUCURSAL BOSA2			-300,000.00	6,643,733.05
19/12	RETIRO CAJERO SUCURSAL BOSA2			-600,000.00	6,043,733.05
19/12	COMISION RETIRO CAJERO			-5,600.00	6,038,133.05
20/12	ABONO INTERESES AHORROS			33.08	6,038,166.13
21/12	COMPRA EN CROMANTIC			-64,900.00	5,973,266.13
31/12	ABONO INTERESES AHORROS			179.96	5,973,446.09
	FIN ESTADO DE CUENTA				

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

FECHA: 12-6-18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá (Condellmencia)

Distiguado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las 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:

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Quito	Jiménez	Jeimy	Kathrine
TIPO DE IDENTIFICACION		No. IDENTIFICACION	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		10123456789	4-12-09
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
24-11-91	Bogotá	Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐			312309246

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO TECNICO ☒ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: ESP Adm Salud Publica Medico

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
calle 66 481-33	Bogotá	Bogotá	Colombia	3132628012
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
Jeyquita@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
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD: <input type="text"/>	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒
		ICA	SI ☐ NO ☒	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR
				SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☐		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIA ☐		# NIT	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: ☒			
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
CEN 19 #26-21		3038190		Bogotá	
CARGO ACTUAL		Médico Gen		FECHA VINCULACION	
21-2-18					

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	3000000	GASTOS FAMILIARES	1000000	AHORROS	3000000	SALDO HIPOTECA	-
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	-
ARRIENDOS	1000000	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	-
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	-
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	600000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	-
TOTAL INGRESOS	4000000	TOTAL EGRESOS	1600000	TOTAL ACTIVOS	8000000	TOTAL PASIVOS	50
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
Forero	Rodríguez	Naydar	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
CVA 17A 73-23	Bogotá	Amigo	3005798080

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
Banco (Caja Social)	Ahorros	24080833032	Bogotá	3138000	
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 EXTRANJERA REALIZADAS: IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ DEPOSITOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					
CUAL:					

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

Médico General

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

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

1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, donador, 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 para la prevención y control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. **USUARIOS DE LA INFORMACION:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, 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, 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 he 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 la 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 LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentroorient.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. 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 terminos que nos fueron informados en el presente documento.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES, CONFORMO 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 ☐
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:			

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 14 de junio de 2018, a las 11:18:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1012382851
Código de Verificación	1012382851180614111828

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ identificado(a) con cedula ciudadania 1.012.382.851, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20171107	No Registrada	104

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 6 días del mes de Junio de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
1012382851

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
9668626

CER-AFI

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

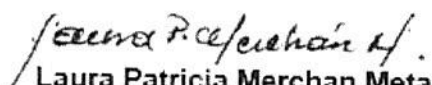
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **QUITO JIMENEZ JEIMY KATHARINEE** identificado(a) con **CC** número **1.012.382.851** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 26 de agosto de 2016 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de junio de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018060613401

Medellín, 17 de enero de 2018

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

CERTIFICA:

Que JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012382851 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/12/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

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

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

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

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

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

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

C10123828511801758878

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

17/01/2018 4.21 PM

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 111017060



WEB

11:23:11

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 de junio del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012382851:

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.



Bogotá D.C., 14 de Junio de 2018 - 11:20 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN**

1012382851

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: **6_TZTH9_2011**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:28:26 horas del 14/06/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1012382851**

Apellidos y Nombres: **QUITO JIMENEZ JEIMY KATHARINEE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao), Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000.910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

JEIMY KATHARINEE QUITO JIMENEZ

Identificado con

CC1012382851

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0033 BOSA, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número : 24080835037

Fecha de Apertura : 12 de enero de 2018

Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector

Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0138 BOSA CENTRO de la ciudad de BOGOTÁ, el día martes, 12 de junio de 2018.

Cordialmente,

Efectuado por:

J4G3O2U8 - JAIME GUILLEN ORJUELA



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1012382851

Numero de Documento

sura

ARL

JEIMY

Primer Nombre

KATHARINEE

Segundo Nombre

QUITO

Primer Apellido

JIMENEZ

Segundo Apellido

24/11/1991

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

CALLE 66 A # 81-33 SUR

Dirección de Residencia

3123092469

Teléfono Fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

PROTECCION

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

MEDICO

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Correo Electrónico

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

