

Buscar contrato

(Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado
201140	PS 2329 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	09/07/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	MARLEN CASTRO ROMERO	12.492.584 COP	Firmado

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

javascriptvoid(0);



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 16-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTRO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROMERO	NOMBRES MARLEN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52262173	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 14 MES DIC AÑO 1975 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TV 39 NO. 69 I 79 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3058650 EMAIL cristal_macaro@hotmail.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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADÉMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE		AÑO	1993

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
UN	8		X	LINGUISTICA		6	2004	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 16-dic-2018

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 SUBRED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2890584	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 3 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 16 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA FACTURACIÓN URGENCIAS	DIRECCIÓN Transversal 5 Este No. 19-50 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDÍA LOCAL DE TUNJUELITO	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD tunjuelitohumanaparticipa1@gmail.com	
TELÉFONOS 7698513	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 12 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA OFICINA DE PARTICIPACION	DIRECCIÓN CALLE 51 NO. 7 35	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN POR UN LLANO MEJOR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cristal_macaro@hotmail.com	
TELÉFONOS 3132038278	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 2 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 11 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO TALLERISTA	DEPENDENCIA ASESORIA	DIRECCIÓN VILLAVICENCIO	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 16-dic-2018

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 INGENIERIA Y CAPITALES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 348154	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 1 AÑO 1997	FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 1 AÑO 1999	
CARGO O CONTRATO RECEPCIONISTA	DEPENDENCIA ATENCION AL CLIENTE	DIRECCIÓN KR 21 NO. 63B 21	

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	4	5
PRIVADO	2	9
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	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 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Lucy E. L.
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 16-dic-2018

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARLEN CASTRO ROMERO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52262173 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección TV 38 NO. 69 I 79 SUR

Teléfonos 3007578222 3058650

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DAVID ALEJANDRO ALONSO CASTRO	103439855	HIJO(A)
CESAR CAMILO ALONSO CASTRO	1033810895	HIJO(A)

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	\$ 1.620.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 1.620.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	102674751	AVENIDA PRIMERA	\$ 1.000,00

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
TARJETA EXITO	CREDITO	\$ 3.000.000,00



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.



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

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

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

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Liceo Nacional Magdalena Ortega de Nariño

Autorizado por la Secretaría de Educación del Distrito, según
Resolución No. 3191 del 31 de Diciembre de 1990

Confiere a:

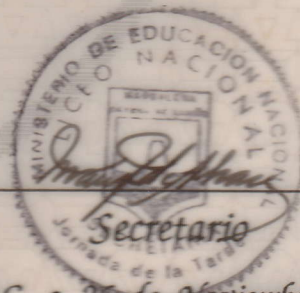
Marlén Castro Romero

T.I. 751214-06136 de Bogotá, D.E.

el Título de:

Bachiller Académico

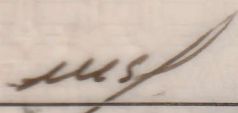
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes



Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 26 de Noviembre de 1993

Anotado al folio 48-C del Libro de Registro número 94




Secretario de Educación

En sta Fe Pta a 13 de Jul de 1994

ACTA DE GRADO



LICEO NACIONAL MAGDALENA ORTEGA DE NARIÑO
JORNADA TARDE
Carrera 63 No. 78A-36 TEL: 250 49 61
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E 1018

Inscripción Dane 111001-17799

En la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. a los veintiseis (26) días del mes de Noviembre de 1993 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del LICEO NACIONAL MAGDALENA ORTEGA DE NARIÑO. Institución aprobada hasta 1998 en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO según Resolución No. 3191 del 31 de Diciembre de 1990, de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.E.

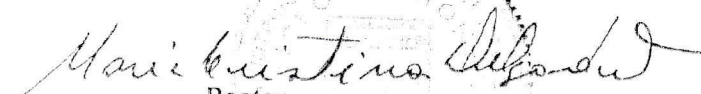
Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Marlén Castro Romero
T.I. 751214-06136 de Bogotá, D.E.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 016 del 26 de Noviembre de 1993 que consta de 70 alumnos; que comienza con el nombre de ABELLA VERGARA NIDIAN ANDREA y se cierra con el nombre de ZAMORA AVENDAÑO CECILIA YASMIN. Firmado y sellado por MARIA CRISTINA DELGADO (Rector) y MARY RAMIREZ DE ALVAREZ (Secretario).

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los veintiseis (26) días del mes de Noviembre de 1993.

Firmado y Sellado


Rector
C.C. 20'560.550 de Fusagasugá


Secretaria
C.C. 41'302.201 de Bogotá

VISUAL GRAFICAS LTDA.
2682823-2442774



AYUNTAMIENTO DE CHUSARÓN, D. E.
Municipio de Chusarón

[Handwritten signature]

29 MAR 1994



48 C-94. 13. Mar 94
[Handwritten signature]



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

LA SECRETARIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

CERTIFICA:

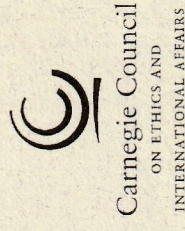
Que CASTRO ROMERO MARLEN con código 442556, quien se identifica con el documento de identidad número 52262173 de BOGOTA, se encuentra matriculado(a) en jornada diurna en el OCTAVO semestre de la carrera de: LINGUISTICA durante el SEGUNDO semestre lectivo 2002.

* INTENSIDAD HORARIA: LUNES A VIERNES DE 8 AM. A 12 M Y DE 1 A 5 PM.

Se expide en Bogotá, D.C., a los dieciocho (18) días del mes de Octubre de dos mil dos (2002).

Carolina Mayorga
CAROLINA MAYORGA
Secretaria de Facultad

Ana Cecilia



EL INSTITUTO DE BIOÉTICA – CENALBE
de la
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

y

EL CARNEGIE COUNCIL ON ETHICS AND INTERNATIONAL AFFAIRS

HACEN CONSTAR QUE

MARLEN CASTRO

Participó en el Seminario

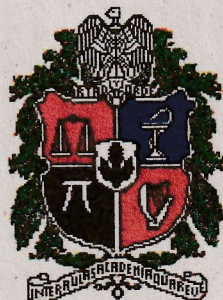
ÉTICA, RECONOCIMIENTO Y JUSTICIA
Los derechos de las víctimas y la construcción de la paz en Colombia

Bogotá, D.C., Mayo 21 y 22 de 2001

Germán Calderón Legarda
GERMÁN CALDERÓN LEGARDA
Director Proyecto



Ana Cutter
ANA CUTTER
Delegada Carnegie Council



Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas
Programa de Educación Continuada

CERTIFICAN:

Que: MARLEN CASTRO ROMERO

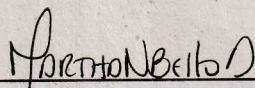
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía: 52.262.173 de Bogotá

ASISTIÓ AL CURSO

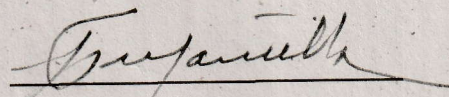
LA CONSTRUCCIÓN DEL DISCURSO EFICAZ: NORMAS FUNDAMENTALES
DE REDACCIÓN, ENFOQUES MODERNOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN
TEXTO (nuevas normas de ortografía)

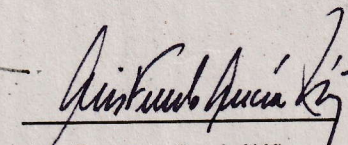
Realizado en Santafé de Bogotá del 08/08/00 al 14/09/00
con intensidad de 30 horas

Para constancia se firma en la Ciudad Universitaria el día 14/09/00



Martha Nubia Bello
Coordinadora Educación Continuada


Luz Teresa Gómez de Mantilla
Decana


Luis Fernando García Núñez
Director(a) del Curso

Tercer
Taller Latinoamericano
de las **Redes** *para la* **Transformación**
de la **Formación Docente**
en **Lenguaje**

Certificamos que:

MARLEN CASTRO ROMERO

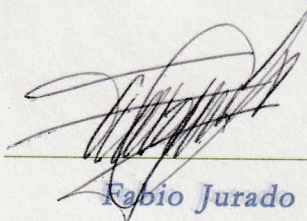
Identificado(a) con:

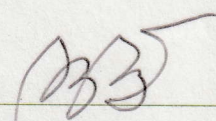
C.C. No. 52'262.173 de Bogotá

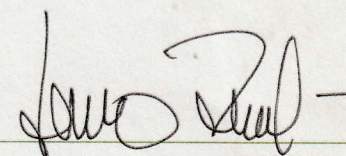
Participó en calidad de:

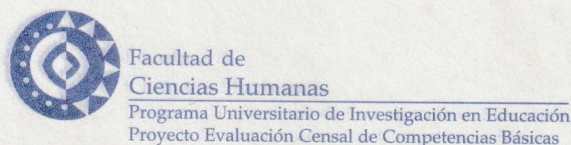
ESTUDIANTE DE CARRERA

*Dado en la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá,
a los tres (3) días del mes de noviembre del año 2001.*

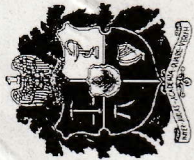

Fabio Jurado
Miembro
Comité Organizador
Universidad Nacional de Colombia


Blanca Bojacá
Presidente
Red Latinoamericana para la
Transformación de la Formación
Docente en Lenguaje


Lauro Zavala
Conferencista Central
Universidad Autónoma de México
UNAM




Red Colombiana
para la Transformación
de la Formación Docente
en Lenguaje

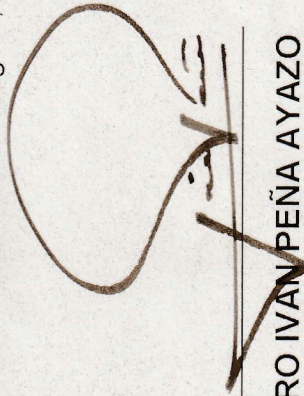


UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES
INSTITUTO DE GENÉTICA – INSTITUTO DE BIOTECNOLOGÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIONES JURÍDICO SOCIALES Y POLÍTICAS –UNIJUS-

MARLEN CASTRO

C.C.No. 52262173

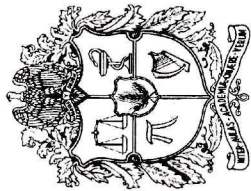
Asistió al **VII CONGRESO ANUAL SOBRE BIODIVERSIDAD, BIOÉTICA Y DERECHO**
Realizado en la ciudad de Bogotá, D.C., los días 30 de Septiembre, 1, 2, 3 y 4 de Octubre de 2002, con una
intensidad de 14 horas.



JAIRO IVAN PEÑA AYAZO
Decano



ROSA HERMINIA CASTRO DE ARENAS
Profesora Coordinadora



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

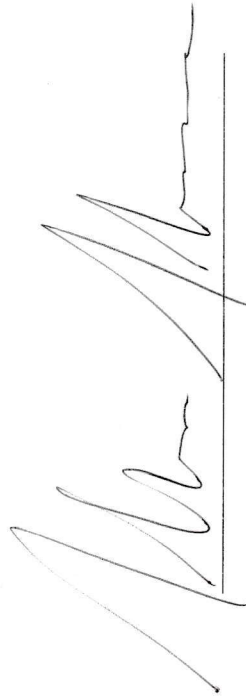
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE LINGÜÍSTICA

Certifica que

Marlén Castro

Identificado(a) con c.c 52.262.173

Asistió al Congreso Internacional de Lingüística, realizado del 16 al 20 de febrero de 2004



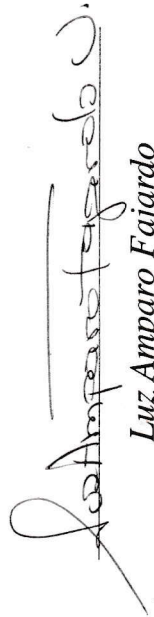
Alberto Abouchaar

Decano (e) Facultad Ciencias Humanas



Constanza Moya Pardo

Directora Departamento de Lingüística



Luz Amparo Fajardo

Coordinadora Maestría



Proyección Social

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA DE ENFERMERÍA



CERTIFICAN QUE:

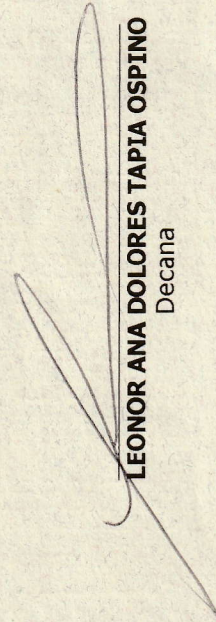
MARLEN CASTRO ROMERO

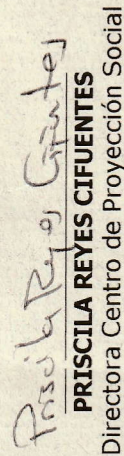
c.c. 52.262.173

CURSO Y APROBÓ EL DIPLOMADO

FORMACIÓN DE LÍDERES EN GESTORES DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE
CON UNA DURACIÓN DE 120 HORAS

Villavicencio, Febrero 29 del 2012


LEONOR ANA DOLORES TAPIA OSPINO
Decana


PRISCILA REYES CIFUENTES
Directora Centro de Proyección Social


ISLENA PÉREZ DE PARRADO
Coordinadora Curso

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con los registros que se encuentran en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente – S.I.S.S.C.O, la señora **MARLEN CASTRO ROMERO**, identificada con C.C. No 52.262.173, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación

AS 1152 2016	del	22 al 29 de febrero de 2016
AS 1244 2016	del	08 de marzo al 30 de junio de 2016
AS 1689 2016	del	01 de julio al 31 de agosto de 2016
02-PS-0729-2016	del	01 de septiembre al 04 de diciembre de 2016
02-PS-2634-2016	del	05 de diciembre de 2016 al 09 de enero de 2017
PS-2643-2017	del	10 de enero de 2016 al 09 de enero de 2018
PS 2329 2018	del	10 de enero al 09 de julio de 2018

Honorarios promedio mes \$ 1.620.000 pesos.

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (URGENCIAS) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH. 2. Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta algún faltante. 3. Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura. 4. Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente. 5. Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles. 6. Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario. 7. Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios. 8. Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago. 9. Realizar cierre de caja, arqueos, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 10. Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 11. Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción. 12. Apoyar y realizar el cargue de información en el sistema de información DGH.NET y en bases de datos cuando se requiera conforme a las contingencias del área. 13. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 14. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 15. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.



Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C, el día 26 de abril de 2018.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes/Asesora Dirección Contratación

Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico Dirección de Contratación

LA ALCALDESA LOCAL DE TUNJUELITO

CERTIFICA:

Que el Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito, suscribió el siguiente contrato con la Señora **MARLEN CASTRO ROMERO**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.262.173 de Bogotá, bajo la siguiente información:

CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
NÚMERO:	109 de 2013
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar el servicio para desarrollar procesos y acciones integrales que dinamicen y apoyen los procesos de participación y gestión social integral en los 11 territorios establecidos por la Alcaldía Local de Tunjuelito.
VALOR CONTRATO:	\$7.000.000.00
PLAZO INICIAL:	07 Meses
FECHA DE INICIO:	02 de Diciembre de 2013
FECHA DE TERMINACION:	01 de Julio de 2014
ESTADO:	Liquidado el 17 de Julio 2014

CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
NÚMERO:	071 de 2014
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los servicios al Grupo de Gestión Administrativa y Financiera, en la construcción de mecanismos de implementación y monitoreo de las diferentes políticas publicas establecidas en el Distrito Capital, en articulación con las diferentes comunidades de la Localidad
VALOR CONTRATO:	\$10.000.000.00
PLAZO INICIAL:	05 Meses
ADICIONES:	1ª \$2.000.000.00 2ª \$533.333.00
FECHA DE INICIO:	22 de Septiembre de 2014
FECHA DE TERMINACION:	21 de Febrero 2015
SUSPENSION:	2 días del 19 al 20 de Febrero de 2015

LA ALCALDESA LOCAL DE TUNJUELITO

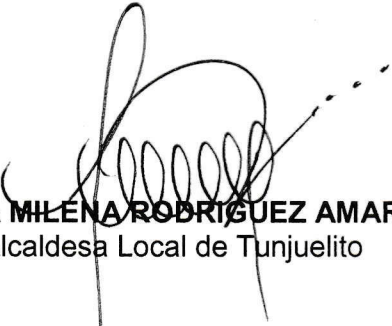
AR-F9

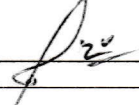
CERTIFICA:

Que el Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito, suscribió el siguiente contrato con la Señora **MARLEN CASTRO ROMERO**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.262.173 de Bogotá, bajo la siguiente información:

PRORROGAS:	1ª 01 mes, contados a partir del vencimiento del plazo pactado. 2ª 08 días a partir del 24 de Marzo al 01 de Abril de 2015
ESTADO:	Ejecutado y liquidado el 08 de Abril de 2015

Se expide a solicitud del(a) Interesado(a) y dar respuesta al RAD. No. 2015-062-003838-2, en Bogotá D. C., a los 22 días del mes de Junio de Dos Mil Quince (2015).


SANDRA MILENA RODRIGUEZ AMARILLO
Alcaldesa Local de Tunjuelito

Proyectó: Franklin Alfonso Rodríguez Cardozo	Firma: 	Fecha: 22 de Junio de 2015
Revisó: Milton García/Jorge Macheta	Firma:	Fecha: 22 de Junio de 2015
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma del Despacho de la Alcaldía Local de Tunjuelito		

ACTA DE INICIO

Clase contrato o convenio:
No de contrato / convenio
Contratista :

Prestación de Servicios
182 de 2015
MARLEN CASTRO ROMERO

Identificación

52.262.173 de Bogotá

Objeto del contrato.

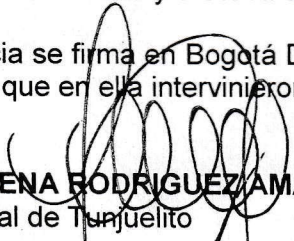
PRESTAR SERVICIOS AL GRUPO
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y
FINANCIERA, EN LA CONSTRUCCIÓN
DE MECANISMOS DE
IMPLEMENTACIÓN Y MONITOREO DE
LAS DIFERENTES POLÍTICAS
PÚBLICAS ESTABLECIDAS EN EL
DISTRITOS CAPITAL, EN
ARTICULACIÓN CON LAS
COMUNIDADES DE LA LOCALIDAD DE
TUNJUELITO.

Plazo de ejecución:
Valor del Contrato:
Fecha de iniciación:
Fecha de terminación:

Cinco (05) meses
\$ 10.000.000,00
01 de Julio de 2015
30 de Noviembre de 2015

En Bogotá D.C, a los un (01) días del mes de Julio de dos mil quince (2015), se reunieron en las instalaciones del Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito, la Doctora **SANDRA MILENA RODRIGUEZ AMARILLO** Alcaldesa Local de Tunjuelito, por una parte, por la otra la Doctora **KAROL ANDREA BRAVO MARTIN** Apoyo a la Supervisión y por la otra, **MARLEN CASTRO ROMERO** en su calidad de contratista. Para dejar constancia por medio de la presente acta el inicio de la ejecución real y efectiva de dicho contrato.

Para constancia se firma en Bogotá D.C. a los Un (01) días del mes de Julio de dos mil quince (2015) por los que en ella intervinieron.


SANDRA MILENA RODRIGUEZ AMARILLO
Alcaldesa Local de Tunjuelito


KAROL ANDREA BRAVO MARTIN
Apoyo a la Supervisión


MARLEN CASTRO ROMERO
Contratista

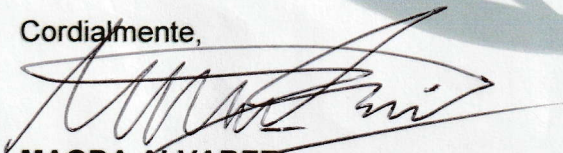
Proyectó: Rocío Torres	Firma: 	Fecha: 01/07/2015
Revisó/Aprobó: Milton García	Firma: 	Fecha: 01/07/2015
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma del Despacho de la Alcaldía Local de Tunjuelito		

CERTIFICA QUE:

MARLEN CASTRO ROMERO identificada con cedula de ciudadanía No. 52.262.173 de Bogotá, laboro en nuestra institución en el periodo comprendido entre Enero y Noviembre del año 2012, como docente en el área de español y comunicaciones en el programa SAY YES. Con contrato por prestación de servicios.

La presente se expide a los cinco (5) días del mes de Septiembre de 2013, en la ciudad de Villavicencio (Meta) a solicitud del interesado.

Cordialmente,



MAGDA ALVAREZ

Coordinadora Administrativa y Comercial
Comercial and Administrative Direction

YES YOUR EDUCATIONAL SERVICES

móvil: 3132038278

administrativo@yesinstitute.edu.co

www.yesinstitute.edu.co

INGENIERIA Y CAPITALES LTDA.

CERTIFICACION

*Que la señora **MARLEN CASTRO ROMERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No.52.262.173 de Bogota, laboró en esta empresa desde Enero de 1.997 hasta Enero de 1.999 , en el cargo Recepcionista, desempeñando su labor con honestidad y cumplimiento.*

La presente se expide a solicitud del interesado a los Siete (7) días del mes de Septiembre de Mil Novecientos Noventa y Nueve (1.999).

Atentamente,


JENIS ESTHER CORONADO

Jefe de Personal

C.C. 32.634.600 B/9111A

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.262.173**

CASTRO ROMERO

APELLIDOS

MARLEN

NOMBRES

Marlen Castro R.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-DIC-1975**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

A+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

20-JUN-1994 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00522687-F-0052262173-20131210

0036168747A 1

1102597874

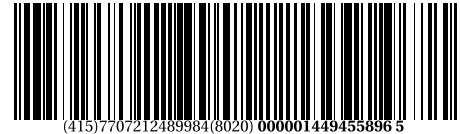
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14494558965



(415)7707212489984(8020) 0000014494558965

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 2 6 2 1 7 3 - 9

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

5 2 2 6 2 1 7 3

27. Fecha expedición:

1 9 9 4 0 6 2 0

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

CASTRO

32. Segundo apellido

ROMERO

33. Primer nombre

MARLEN

34. Otros nombres

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

TV 39 SUR 69 I 79 SUR BRR ARBORIZADORA ALTA

42. Correo electrónico:

marlencromeroh@gmail.com

43. Código postal

3 0 0 7 5 7 8 2 2 2

44. Teléfono 1:

3 0 0 7 5 7 8 2 2 2

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 1 1 0 8

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

Otras actividades

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	19	20	21	22	23	24	25	26
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			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☐

60. No. de Folios:

61. Fecha:

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

985. Cargo:

Fecha:16/12/2018

MARLEN CASTRO ROMERO

Dirección:	TV 39 69 I 79 SUR	Teléfonos:	
Dirección electrónica:	marlencromeroh@gmail.com	Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
		Municipio:	BOGOTÁ DC
Fecha de Inscripción:	28/02/2018	Soporte Inscripción:	-

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

Actividad 5:

REPRESENTANTES ACTIVOS

Fuente: RIT-SHD



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 09/02/2016 14:18:10
PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐
NOMBRE Y APELLIDO: MARLEN CASTRO C.C 52262173
EDAD 40 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR ADMINISTRATIVO



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☒	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☐	
Visiometría	☒	Glic ☐	Col ☐	Trigly ☐	Otros ☐
Audiometría	☐	Cuales			
Espirometría	☐	Radiografías			

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ CONTROL MEDICO EPS- USO DE LENTES
USO DE EPP

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Marlen Castro R

FIRMA DEL PACIENTE



Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Dra. ESMERALDA RAMOS
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. S.O 7122-2013

FIRMA DEL ESPECIALISTA

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		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 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2018-12-14	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido 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 realización 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 Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación 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	
CASTRO		ROMERO		MARLEN	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		52.262.173		BOGOTÁ D.C	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	
1975-12-14		BOGOTÁ D.C		COLOMBIA	
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		2		2	
NACIONALIDAD:		COLOMBIANA		TELEFONO CELULAR	
				3007578222	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ CUAL:					LINGUISTA
CONTRATISTA					
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:	
TV. 39 No. 691-79 SUR		BOGOTÁ D.C		CUNDINAMARCA	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
marlencromeroh@gmail.com		NO APLICA		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
N/A		N/A		N/A	
PAIS:		N/A		TELEFONO/FAX	
				N/A	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	
N/A		N/A		N/A	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		N/A		N/A	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		CUAL: N/A		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO ☐	
				NACIONALIDAD: N/A	

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

3. USUARIOS DE LA 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, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS 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 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 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surla@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 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

Bogotá, Diciembre 14 de 2018

Señora:
CASTRO ROMERO MARLEN
CC. 52262173 CR 18C NO 56 A 75 SUR - 2793592
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 12 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ALONSO CASTRO CESAR CAMILO	1033810895	C	Abr-12-2013	136	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ALONSO CASTRO DAVID ALEJANDRO	1034398555	T	Abr-12-2013	136	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CASTRO ROMERO MARLEN	52262173	C	Abr-12-2013	136	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ALONSO JIMENEZ JULIO CESAR	79943459	C	Dic-5-2012	148	0	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
AMERICAS BUSINESS PROCESS SERVICES S A	52262173	Dependiente	CERRADO
ATLANTIC INTERNATIONAL BPO COLOMBIA SAS	52262173	Dependiente	CERRADO
MARLEN CASTRO ROMERO	52262173	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MARLEN CASTRO ROMERO	52262173	Trabajador Independiente	CERRADO
MARLEN CASTRO ROMERO	52262173	Trabajador Independiente	CERRADO
MARLEN CASTRO ROMERO	52262173	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARLEN CASTRO ROMERO identificado(a) con C.C No. 52.262.173, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 14 de diciembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52262173

Numero de Documento

Seguros Bolivar

ARL

MARLEN

Primer Nombre

CASTRO

Segundo Nombre

ROMERO

Primer Apellido

Segundo Apellido

14/12/1975

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTÁ D.C

Ciudad de Nacimiento

TV. 39 No. 69-79 SUR

Dirección de Residencia

3007578222

Teléfono Fijo

SALUD TOTAL

EPS - Salud

COLFONDOS

AFP - Pensiones

\$

1.620.000

Honorarios

FACTURADORA

Objeto Contractual (Cargo)

22-feb-16

Fecha Inicio del Contrato

marlencromeroh@gmail.com

Correo Electrónico

300757822

Celular



Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119229837



WEB

14:59:21

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 de diciembre 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) MARLEN CASTRO ROMERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52262173:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 15:01:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52262173
Código de Verificación	52262173181214150139

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





Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 15:03 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MARLEN CASTRO ROMERO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTO SETENTA Y TRES** de BOGOTÁ, D.C.

52262173

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.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_N8JJP_0315**

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



[Volver al Inicio](#)



NIT. 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El **BANCO DE BOGOTA** a solicitud del interesado informa que la Sra. CASTRO ROMERO, MARLEN, identificado(a) con CC 52.262.173 está vinculado (a) con el **BANCO DE BOGOTA** oficina Avenida Primera 102 con el siguiente producto financiero:

CUENTA AHORROS 102674751 FECHA DE APERTURA 30 DE MARZO DE 2016, VIGENTE Y ACTIVA A LA FECHA .

Se expide en BOGOTA el día 22 del mes de noviembre del año 2018 con destino a **A QUIEN PUEDA INTERESAR.**

Firma Autorizada
102- Avenida Primera

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