

Gmail

Leidy Wilches <lwilches.ips.hco@gmail.com>

Confirmación de acceso al SECOP

1 mensaje

alertas@secop.gov.co <alertas@secop.gov.co>

14 de noviembre de 2017, 09:19

Confirmación de acceso al SECOP II



Estimado(a) usuario(a):

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

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

Para ingresar siga el siguiente enlace:

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

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

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

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

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

Consulte los Términos y Condiciones de Uso del SECOP.

Derechos reservados. SECOP 2017



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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO WILCHES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MUELAS	NOMBRES LEIDY YOANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023912723	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 18 MES DIC AÑO 1991 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CLL 27 A SUR # 1A - 06 ESTE PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2060401 EMAIL lwilches.ips.hco@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2008

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	
TC	1	X		técnico en administración en salud		9	2018		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 7 MES 7 AÑO 2015		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE FACTURACIÓN URGENCIAS	AREA ADMINISTRATIVA	Dg. 34 No. 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
PROYECCION LABORAL		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
PBX 2561444	DÍA 15 MES 1 AÑO 2015		DÍA 30 MES 6 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AGENTE DE CALL CENTER	VENTAS	CR 23 No 86 05	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
TANDEM S.A		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3111099	DÍA 4 MES 5 AÑO 2011		DÍA 4 MES 10 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ARCHIVO	ARCHIVO DE SECRETARIA DE	Cra. 65 No. 8181	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	2	4
PRIVADO	0	10



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: 13-dic-2018

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	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


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIDY YOANA WILCHES MUELAS

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1023912723 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CLL 27 A SUR # 1A - 06 ESTE

Teléfonos 3174486694 2060401

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CRISANTO WILCHES	80438948	PADRE
NORY MUELAS	66850707	MADRE
DANNA SOFIA ARENAS	1028621838	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
BBVA	AHORROS	00130074020012785	AGUAS	\$ 0,00

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
DANNA S. ARENAS. W	RESPONSABIIDAD MATERNA	\$ 400.000,00



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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

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

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

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

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

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

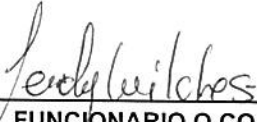
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Montebello

Institución Educativa Distrital

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital, según
Resolución No. 2281 del 4 de Julio de 2000 y
No. 2812 del 13 de Septiembre de 2002

Confiere a:

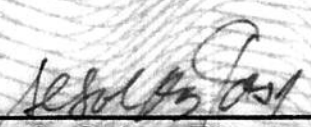
Leidy Yoana Wilches Muelas

C.U. 911218-01332 de Santafé de Bogotá D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel
de Educación Media, según los planes y programas vigentes en la Ley general
de Educación Ley 115 del 2 de Febrero de 1.994 Decreto Reglamentado 1860
de Agosto 3 de 1994 Decreto 230 de 11 de febrero de 2002


Alvaro A. Solano Diazgranados
C.C. N° 8.697.860 de Barranquilla
Rector


Luz Nancy Caicedo M.
C.C. N° 39.705.975 de Montibón
Secretaria Académica

Anotado al Folio No. _____ del Libro para Control Interno de Diplomas No. _____, Acta No. _____

Dado en Bogotá, D.C., a 5 de Diciembre de 2008

No requiere Registro de la Secretaría de Educación,
según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995;
de la Presidencia de la República.





República de Colombia

**LA ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y FORMACIÓN
EN SALUD -ESAF-**

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Licencia de funcionamiento Resolución No. 02-0132 del 19 de diciembre de 2016
Registro del Programa Resolución No. 02069 del 1 de diciembre de 2.011 de la
Secretaría de Educación de Bogotá

Confiere a

LEIDY YOANA WILCHES MUELAS

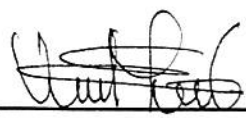
Cédula de ciudadanía 1.023.912.723 de Bogotá D.C

El Certificado de Aptitud Ocupacional

**Técnico Laboral por Competencias
Auxiliar Administrativo en Salud**

Por haber culminado satisfactoriamente el Programa con una Duración 1.800 Horas


Dirección General


Registro y Control Académico

Dado en Bogotá a los 27 días del mes de septiembre de 2.018

Anotado al Folio 459 del Libro de Registro de Diplomas No. 4



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO MONTEBELLO INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los cinco (05) días del mes de Diciembre de 2008, se reunieron, los suscritos Rector y Secretaria Académica con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado Undécimo, en la Rectoría del **COLEGIO MONTEBELLO INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL MONTEBELLO**, plantel aprobado hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación del Distrito Capital para otorgar el **TITULO DE BACHILLER**, en la **MODALIDAD ACADEMICA** según Resolución No. 866 del 28 de Febrero de 2007.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO**; al graduando cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Leidy Yoana Wilches Muelas

T.I. 911218-01332 de Santafé de Bogotá D.C.

Se cierra el Acta General de Graduación No. 010 del **COLEGIO MONTEBELLO INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL**, que consta de 169 nombres de estudiantes del grado Undécimo que comienza con **AGUIRRE JHONNATHAN ANDRES** y cierra con el nombre de **ZAMBRANO NIÑO SANDRA LICED**.

En constancia se firma la presente acta en el **COLEGIO MONTEBELLO INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL** en Bogotá D.C. a los 5 días del mes de Diciembre de Dos Mil Ocho (2008).

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.


ALVARO A. SOLANO DIAZGRANADOS
Rector
C.C. 8.697.860 de Barranquilla


LUZ NANCY CAICEDO MONROY
Secretaria Académica
C.C. 39.705.975 de Fontibón



República de Colombia

**LA ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y FORMACIÓN EN
SALUD ESAF**

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Licencia de funcionamiento Resolución No. 02-0132 del 19 de diciembre de 2016

Registro del Programa Resolución No. 02069 del 1 de diciembre de 2011

De la Secretaría de Educación de Bogotá.

Acta Individual de Certificación Número 1267 - 2018

**El Consejo de Dirección de la Escuela de Administración y
Formación en Salud -ESAF-**

Sesión del día 17 de septiembre de 2018

CONSIDERANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADEMICOS:

SE LE CONFIERE A

LEIDY YOANA WILCHES MUELAS

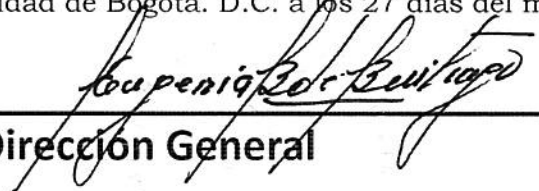
Cédula de ciudadanía 1.023.912.723 de Bogotá D.C

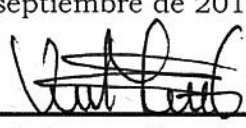
El Certificado de Aptitud Ocupacional

**Técnico Laboral por Competencias
Auxiliar Administrativo en Salud**

Por haber culminado satisfactoriamente el Programa con una duración de 1.800 Horas

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta Individual de Certificación en la ciudad de Bogotá. D.C. a los 27 días del mes de septiembre de 2018.


Dirección General


Registro y Control Académico

Anotado al Folio 459 del Libro de Registro de Diplomas No. 4



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LEIDY YOANA WILCHES MUELAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.023.912.723

Cursó y aprobó la acción de Formación

CONTABILIDAD BÁSICA

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintidos (22) días del mes de marzo de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

8236138 - 22/03/2012
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940400335128CC1023912723C.



República de Colombia

La Escuela de Administración y Formación en Salud -ESAF-

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Licencia de funcionamiento Resolución No. 02-0132 del 19 de diciembre de 2016

Secretaría de Educación de Bogotá.

CERTIFICA QUE

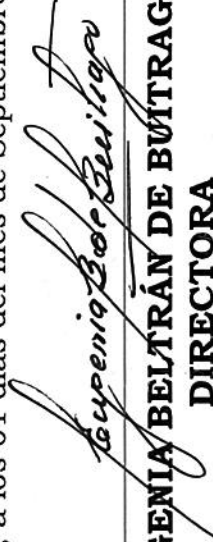
LEIDY YOANA WILCHES MUELAS

Cédula de Ciudadanía 1.023.912.723 de Bogotá D.C

CURSÓ EL DIPLOMADO EN AUDITORIA, FACTURACIÓN Y GLOSAS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Duración de 68 horas

Bogotá D.C., a los 01 días del mes de Septiembre de 2018


EUGENIA BELTRÁN DE BUITRAGO
DIRECTORA

CAD 013

Bogotá D.C

Señores:

Institución Educativa Distrital Montebello

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Bachiller Académico

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Ledy Wilches

No. de documento:

1023912723

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Cll 27 a sur # 1a -06 este

Teléfono:

3174486694.

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Administración y Formación en Salud - ESAF
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Leidy Yoana Wilches Muelas 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:

Técnico Laboral por competencias Auxiliar Administrativo en Salud
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Leidy Wilches

No. de documento:

1023912723

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Cll 27a Sur # 1a-06 este

Teléfono:

3124486694.



NIT. 830.080.686 - 5

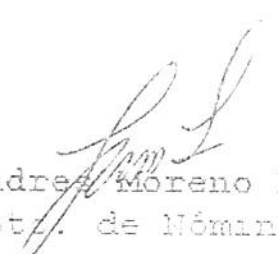
CERTIFICACIÓN

PROYECCIÓN LABORAL LTDA. Certifica que el (la) señor(a), WILCHES MUELAS LEIDY YOANA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1023912723 prestó sus servicios como trabajador(a) temporal en misión en la empresa, ANDICALL S.A. desde el 1/15/2015 a 6/30/2015, desempeñando el Cargo de AGENTE CALL CENTER con un Sueldo Básico Mensual de Seiscientos Cuarenta Y Cuatro Mil Trescientos Cincuenta Pesos M/CTE. (644350).

De conformidad al artículo 46 de Decreto 2352 de 2012, la terminación del contrato se debió por renuncia voluntaria.

Esta certificación se expide a solicitud del (la) interesado(a) el 8 de Julio de 2015.

Atentamente,


Andres Moreno L.
Dpto. de Nómina y Tesorería

CERTIFICACION

El señor(a) **WILCHES MUELAS LEIDY YOANA**, identificado(a) con cédula de Ciudadanía No. **C.C. 1.023.912.723** de Bogotá D.C., trabajo en la compañía desde el día 05 de julio de 2011 hasta el 02 de octubre de 2011, desempeñándose en el cargo **AUXILIAR DE ARCHIVO** con una asignación mensual de **QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE (\$535.600)** y su tipo de contrato fue por obra labor.

Dada en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de octubre del año 2017 a solicitud del interesado(a).

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F. Vanegas Betancourt', written over a horizontal line.

Fernando Vanegas Betancourt
Director Administrativo y Financiero

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.912.723

WILCHES MUELAS

APELLIDOS

LEIDY YOANA

NOMBRES

Leidy Yoana Wilches Muelas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

22-DIC-2009 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00285352-F-1023912723-20110325

0026242916A 1

35875757



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUSCA
Ministerio de Economía y Comercio Exterior

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14342863513



(415)7707212489984(8020) 0000014342863513

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 2 3 9 1 2 7 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

IDENTIFICACION

26. Número de identificación:

1 0 2 3 9 1 2 7 2 3

27. Fecha expedición:

2 0 0 9 1 2 2 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

31. Primer apellido

WILCHES

32. Segundo apellido

MUELAS

33. Primer nombre

LEIDY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Bogotá D.C.

41. Dirección principal

CL 27 A SUR 1 A 06 ESTE

42. Correo electrónico:

leidywilches@outlook.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

CLASIFICACION

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 7 0 3

Actividad económica

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

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
1	2																

12- Ventas régimen simplificado

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 5 0 7 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 FRANCO CASTRO CLAUDIA MARCELA

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

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

Fecha: 03-07-2015

Hora: 9:55:23 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1023912723-5 LEIDY YOANA WILCHES MUELAS

Información

Dirección

CL 27 A SUR 1 A 06 ESTE

Teléfonos

2060401-3187607520

Dirección

leidywilches@outlook.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción

03/07/2015

Soporte Inscripción

16743498

Fecha Inicio Actividades

03/07/2015

Establecimientos:

0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ
HUCANA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Leidy Yoana**
Apellidos: **Wilches Muelas**
Documento de identidad: C.C. **Xr.I.** Pasaporte: No. **1023912-23**
Fecha de Nacimiento: Día **18** Mes **12** Año **1991**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	11-09-12	0242900110	Coly.
	2	22-10-12	024310070	Coly.
	3	19-06-13	024310070	HUCSR
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	15-07-13	119vfc034	22-03 HCSR
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano	1	14-09-15	J006891	HCSR
	2			
	3			

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 22. / 11 / 2016
Nombre Ledy Yoana Wilches Hueltes
Identificación 1023912723
Fecha de nacimiento 18 / 12 / 1991 Edad 25
Cargo Fabricador
Género MASCULINO ~~FEMENINO~~
Empresa Unidad Centro Orzate
Empresa usuaria _____

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ✓ PERIODICO _____ EGRESO _____ OTRO _____
CONCEPTO
EX. INGRESO APTO ✓ APTO APLAZADO _____ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO _____
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES _____ CON RESTRICCIONES _____
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO _____ NO SATISFACTORIO _____

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen Médico Satisfactorio
VISIOMETRÍA MIOPÍA
AUDIOMETRÍA _____
ESPIROMETRÍA _____
EXAMENES PARACLÍNICOS _____
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES hígado, páncreas, pán.
actúan leptos gus de
potencia de gus de
peso uso de conoas visual permanente

Médico Dr. Canilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858

Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114388
Licencia en S.O. 14858

Paciente

Ledy Yoana Wilches
Firma del paciente
Nombre Ledy Yoana Wilches
Cédula 1023912723

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

LADY YOANA WILCHES MUELAS

C.C.: 1023912723

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**
Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017


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


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

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

FECHA: CIUDAD: DEPARTAMENTO:

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: WILCHES SEGUNDO APELLIDO: MUELAS PRIMER NOMBRE: LEIDY SEGUNDO NOMBRE: YOANA

TIPO DE IDENTIFICACION: No IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTA FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2009-12-22

C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ 1023912723 PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 1991-12-18 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTA PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: I NUMERO DE HIJOS: I TELEFONO CELULAR:

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA: MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TERCERO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ CUAL: TECNICO AUXILIAR EN ADMINISTRATIVO EN SALUD

DIRECCION RESIDENCIA: CLL 27 A SUR # 1A - 06 ESTE CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 2060401

CORREO ELECTRONICO: lcidywilches@outlook.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: 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: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):

C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL:

SOCIO ☐ CONTRATISTA ☐ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☒ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA.... ☐

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ IYA: SI ☐ NO ☐ ICA: SI ☐ NO ☐ CODIGOS C.U.I. ACTIVIDAD ECONOMICA: PRINCIPAL: SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☐ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☐



Serena 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

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 ☐ COMERCIO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐ # NIT:					
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL:			
DIRECCION DE LA EMPRESA Diagonal 34 Nº 5 - 43		TELÉFONO 3444 484		CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTÁ	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		PAÍS COLOMBIA			
CARGO ACTUAL AUXILIAR DE FACTURACION EN CONSULTA EXTERNA		FECHA VINCULACION 2015-07-07			

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 1.350.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 600.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 300.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 1.350.000	TOTAL EGRESOS	\$ 900.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
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
FIGUEROA	VELANDIA	ROSA	INES
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
	BOGOTÁ	PRIMAS	3104575670

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ SERVICIOS ☐ OTROS ☐

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.):

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

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se 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, teléfono 344 44 84, e-mail: sarlatf@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 autorizao, 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.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Ledy Wilches

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:			



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIDY YOANA WILCHES MUELAS identificado(a) con CC 1023912723 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 30/06/2013

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 08 días del mes de enero del año 2019.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LEIDY YOANA WILCHES MUELAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,023,912,723**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

Medellín, 14 de diciembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que LEIDY YOANA WILCHES MUELAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1023912723 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 18/02/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

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: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

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 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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

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

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10239127231834853299

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:

14/12/2018 2:48 PM

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119170076



WEB

12:02:38

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 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) LEIDY YOANA WILCHES MUELAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023912723:

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 12:00:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023912723
Código de Verificación	1023912723181213120049

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 - 14:50 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS VEINTITRES**

1023912723

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_7JTKK_5014**

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 12:00:04 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1023912723

Apellidos y Nombres: **WILCHES MUELAS LEIDY YOANA**

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



Presidencia de la
República



Ministerio de Defensa
Nacional



Portal Único de
Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en Línea

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **LEIDY YOANA WILCHES MUELAS**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía** a **número 1.023.912.723** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 074127085** apertura el **29 de julio del 2015**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **14** días del mes de **diciembre** del año **2018**.

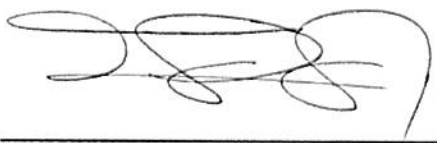
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0074127085**

Cuenta de 16 dígitos: **0074000200127085**

Cuenta de 20 dígitos: **00130074000200127085**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.