

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN TALENTO HUMANO FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS		CÓDIGO: AP-TH-FI-013 VERSIÓN: 06 FECHA: 2018-10-02	
A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:	FACTURACION	FECHA	13/12/18	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	ERIKA NATALIA PABON REY		DOCUMENTO:	1074135235	
TELEFONO	3142277424		ACTIVIDAD SOLICITADA:		
NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES). TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE					
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO					
NECESIDAD DE PERSONAL OPS					
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
<div style="display: flex; justify-content: flex-end;"> <div>SI</div> <div>☐</div> <div>NO</div> <div>☐</div> </div>					
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO					
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNE, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☒		
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒		
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DIGITADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒		
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒		
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A	☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A	☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒	NO	☐
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☐
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A	☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒	N/A	☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒		
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CHU _____	SI	☒		
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒		
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A	☐
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☐	N/A	☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☐	N/A	☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐	N/A	☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A	☐
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☐	N/A	☐
20	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒		
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☐	N/A	☐
22	CARNE DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☐
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriólogo, Citotecnólogo, Histocitotecnólogo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A	☐
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A	☐
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☐
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☐
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☐
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☐
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAf) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒		
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI	☒		
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI	☒		
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____)	SI	☒		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒		
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					
Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:			
Vº/Bº Dirección Talento Humano		Fecha:			





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 INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

BOGOTÁ - D.C.

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PABON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) REY	NOMBRES ERIKA NATALIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION CC ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1074135235	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES OCT AÑO 1995 PAIS Colombia DEPTO. Bogota D.C. CIUDAD Bogota D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 11 N 67A-09 SUR TR 11 APTO 104 PAIS Colombia DEPTO Bogota D.C. CIUDAD Bogota D.C. TELEFONO 9096207 EMAIL nataliapabon1234@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 ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES DICIEMBRE AÑO 2011

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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X	PSICOLOGO	6 2018	
TC	4	X	TÉCNICO PROFESIONAL EN GASTRONOMÍA	3 2014	No especificada



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA DEL SECTOR SALUD CENTRO ORIENTE

Oficina: Bogotá

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	FACTURACION	Dg. 34 #5-43 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	0@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282628	DÍA 1 MES 4 AÑO 2014		DÍA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	FACTURACION	Cra. 14b No 1 - 45 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLUB MILITAR		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA 15 MES 10 AÑO 2013		DÍA 20 MES 12 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE COCINA	TALENTO HUMANO	CARRERA 50 N 15 20	

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	8
PRIVADO	0	2



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.

SIDEAPO

Última Actualización...

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	10

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 PRESTACION 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

Nat Robinson
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Bogotá, 14 de Diciembre 2018
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.**SIDEAP**
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13 dic. 2014

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ERIKA NATALIA PABON REY

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1074135235 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CRA 11 N 67A-09 SUR TR 11 APTO 104

Teléfonos 3142277424 9096207

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANA VERONICA REY RIVEROS	20545655	MADRE
HECTOR ADELMO PABON RAMOS	3140320	PADRE
MATIAS POVEDA PABON	1016606810	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	\$ 19.800.000,00
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	\$ 19.800.000,00

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	102-64909-2	AVENIDA PRIMERA	\$ 57.000,00

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
-------------------	----------	-------



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:

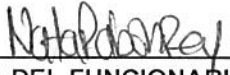
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JONATHAN ALBEIRO POVEDA ORTIZ	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	17423247

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la
**Institución Educativa Departamental
Urbana de Cáqueza**
Cáqueza - Cundinamarca

Aprobada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
según Resolución No. 003334 del 17 de Julio de 2003

Confiere a:

Erika Natalia Jabón Rey
Identificado(a) con C.C. 95.100.507.359 Exp. Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

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



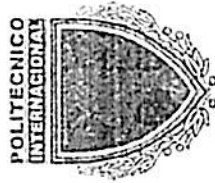
Juan Mauricio Pardo Orjuela
Rector

Ángel Urbiano Hernández Castro
Secretario

Anotado al Folio No. 46 del Libro de Control Interno de Diplomas No. 002

Dado en Cáqueza, a los 03 días del mes de Diciembre de 2011

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto No 921 del 6 de Mayo de 1994,
Expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2139 del 3 de Diciembre de 1995 de la Presidencia
de la República



POLITECNICO INTERNACIONAL

EDUCACION SUPERIOR

Personería Jurídica N° 4135 de 2004 del Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que :

Erika Natalia Pabon Rey

Cédula de Ciudadanía 1.074.155.255 Expedida en Caguaza

Ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos exigidos por el programa académico y demás normas reglamentarias, en nombre de la República de Colombia le otorga el título de

Técnico Profesional en Gastronomía

En testimonio firmamos y sellamos, en la ciudad de Bogotá, D.C.,
el día 07 de Marzo de 2014 .

Soraya Cardenas
RECTOR

[Firma]
DIRECTOR ACADEMICO

[Firma]
SECRETARIO GENERAL



Acta Individual de Grado Institución Educativa Departamental Urbana de Ciénega

En Ciudad de Ciénega, a los 3 días del mes de Diciembre del año 2011 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as), de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de la Institución Educativa Departamental Urbana de Ciénega, Institución con reconocimiento oficial en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el título de Bachiller Académico, según resolución No. 003334 del 17 de Julio de 2003.

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

TÍTULO DE:

BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

Erika Natalia Nahón Rey

Identificado (a) con C.I. 95.100.507.359 Exp. Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 023 Folio No. 46 de Fecha 3 de Diciembre de 2011, que consta de 139 alumnos (as) graduandos; que comienza con el nombre de ACOSTA ACOSTA MILENA y se cierra con el nombre de WALTEROS RODRIGUEZ LOYALTY YUSLEY, firmado y sellado por Juan Mauricio Pardo Orjuela (Rector) y Angel Urbano Hernández Castro (Secretario).

Dada en Ciénega, a los 3 días del mes de Diciembre de 2011.

JUAN MAURICIO PARDO ORJUELA
C.C. 19.321.589 de Bogotá
Rector

ANGEL URBANO HERNÁNDEZ CASTRO
C.C. 3.022.830 de Fosca
Secretario



POLITECNICO INTERNACIONAL

EDUCACION SUPERIOR

Personería Jurídica No. 4135 de 2004 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 3338

Certifica que:

El Consejo Académico Institucional del Politécnico Internacional en sesión del día 07 de Marzo de 2014, en uso de sus facultades legales y estatutarias,

CONSIDERANDO QUE:

Erika Natalia Pabon Rey

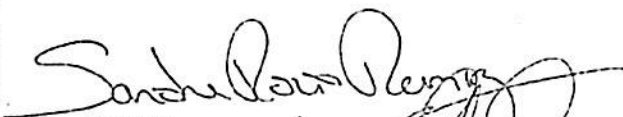
*(Cédula de Ciudadanía No. 1,074,135,235 Expedida en
Caqueza)*

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos
y Reglamentos de la Institución, resuelve otorgarle el título de

Técnico Profesional en Gastronomía

En nombre y representación del Politécnico Internacional y de la República
de Colombia y previo al juramento de rigor se hizo entrega del Diploma
registrado en el Folio N° 1401 del Libro. 006

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de
Bogotá, D.C., a los (07) días del mes de Marzo de 2014.


RECTOR


VICERRECTOR ACADEMICO


SECRETARIO GENERAL


DECANO

El presente Título se halla registrado en el

Folio No. 1401 del Libro de Registro No. 006



La República de Colombia
y en su nombre
FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010,
emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Erika Natalia Pabón Ray

Que:

Asistió al curso Básico de
PRIMEROS AUXILIOS
Con una intensidad de 20 horas



Roberto Salgado González
Presidente

Alfonsina García
Dra. Mila Janeth Gicua Ramírez
Directora Académica

[Signature]
Instructor Socorrista

Dado En Bogotá, D.C., a las 15 Horas Del mes De Febrero De 2014

Bogotá D.C

Señores:

Institución Educativa Departamental Urbana de Caqueza
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Erika Natalia Pabón Pay 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

Nata Pabón Pay

No. de documento:

1.074.135.235

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Cra 11 N. 63C-70 Sur

Teléfono:

312277424

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Erika Natalia Pabon Ray 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 Profesional en Gastronomía
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Natalia Pabon Ray

No. de documento: 1.041.135.235

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: Cra 65c - 70 Sur

Teléfono: 314227424



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Subred Centro Oriente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Santa Clara

HIT 860.020.188 - I

ÁREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **PABON REY ERIKA NATALIA**, identificado con cédula de ciudadanía **1.074.135.235**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Santa Clara de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E así:

AS 1235 2014	del	21 de abril al 31 de mayo de 2014
AS 2121 2014	del	03 de junio al 31 de agosto de 2014
AS 3523 2014	del	01 de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 4611 2014	del	01 al 30 de noviembre de 2014
AS 5512 2014	del	30 al 31 de diciembre de 2014
AS 0684 2015	del	02 de enero al 31 de agosto de 2015
AS 2595 2015	del	07 al 30 de septiembre de 2015
AS 2954 2015	del	14 al 31 de octubre de 2015
AS 3379 2015	del	06 al 30 de noviembre de 2015
AS 4370 2015	del	01 al 31 de diciembre de 2015
AS 1047 2016	del	04 de febrero al 30 de abril de 2016
AS 0721 2016	del	01 al 31 de enero de 2016
AS 1459 2016	del	01 al 31 de mayo de 2016
AS 1563 2016	del	01 de julio al 31 de agosto de 2016

Con Orden de Prestación de Servicios vigente AS 1563 2016, plazo de ejecución del 01 de julio al 31 de agosto de 2016, honorarios promedio mensuales (\$1.399.025) y cuyo objeto es APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES PARA EL PROCESO EN FACTURACION.

FIRMA		ELABORÓ
NOMBRE	Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO	Profesional Talento Humano	

Cra. 14B N° 1-45 Sur
Tel.: 3282828
www.esesantaclara.gov.co

Estamos en periodo de transición

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

clubmilitar



Trabajamos por el socio y para el socio

CM.340.A.2.3/ 696

Bogotá, D.C. 20 de Diciembre de 2013

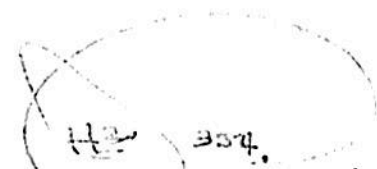
EL SUBDIRECTOR GENERAL DEL CLUB MILITAR

CERTIFICA:

Que la señorita ERIKA NATALIA PABON REY, identificada con cédula de ciudadanía No 1.074.135.235 de Caqueza, realizó en nuestra institución 10 semanas de pasantías, comprendidas entre el 16 de Octubre al 20 de Diciembre de 2013, desempeñándose en los oficios inherentes al Grupo de Gestión Sede Principal-Comedor Principal.

El desempeño de la practicante en mención fue acorde con las necesidades que exige la Institución

La presente se expide a solicitud de la interesada en la ciudad de Bogotá D.C, con destino al POLTECNICO INTERNACIONAL.


Coronel (FAC) HERSAY BEJARANO GÓMEZ

Revisó: NELSON DARIO FLOREZ GARCIA, Coordinador Grupo Gestión del Talento Humano 

Elabora: Yenni P.

Carrera 50 No. 15-20 Bogotá D.C. - PBX: 2905077 / 4176808 - Fax: 2610005 - direccion@clubmilitar.gov.co

www.clubmilitar.gov.co



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1:074.135.235
PABON REY

APELLIDOS
ERIKA NATALIA

NOMBRES

Natalia Pabon Rey

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1995

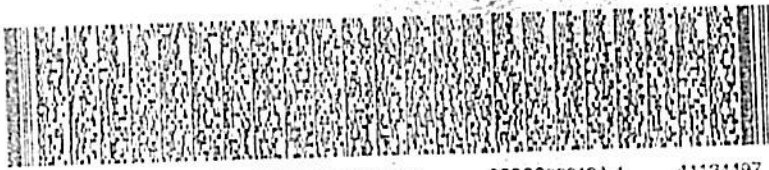
CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-OCT-2013 CAQUEZA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



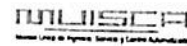
F-1503700-00519494-F-1074135235-20131128

0036032312A 1

41134497



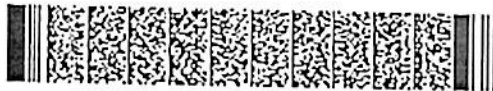
Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal



001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14286679673



(415)7707212489984(8020) 0000014286679673

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 7 4 1 3 5 2 3 5

6. DV

4

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

(3 2)

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 7 4 1 3 5 2 3 5

27. Fecha expedición:

2 0 1 3 1 0 1 1

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio:

Caqueza

1 5 1

31. Primer apellido

PABON

32. Segundo apellido

REY

33. Primer nombre

ERIKA

34. Otros nombres

NATALIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 11 65 C 70 SUR BRR USME

42. Correo electrónico:

natis952009@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 0 2 5 4 4 0

45. Teléfono 2:

3 1 4 2 2 7 7 4 2 4

CLASIFICACION

Actividad principal

46. Código:

7,4,9,0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 3 2 6

Actividad secundaria

48. Código:

8,2,9,9

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 3 2 6

50. Código:

Otras actividades

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1 1

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

57. Modo

58. CPC

Servicio

1

2

3

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☒ NO ☐

60. No. de Folios:

1

61. Fecha: 2 0 1 4 0 3 2 6

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 TRIANA CARO CILIA MARGARITA

995. Cargo: Punto de Contacto Presencial



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

Fecha: 19-08-2016
Hora: 11:52:19 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1074135235-4 ERIKA NATALIA PABON REY

Información General

Dirección KR 11 65C 70 SUR

Teléfonos 3025440 / 3142277424

Dirección electrónica natis95009@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 19/08/2016

Soporte Inscripción 18103736

Fecha Inicio Actividades 26/03/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL
Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001068871

1470-1480



VALORACIÓN POR OPTÓMETRA PARA FORMULACIÓN VISUAL

Ingreso: ☒ Periódico: ☐ Retiro: ☐ Otros: ☐

Fecha: 29/04/2015

1. Identificación del Evaluado

Nombre: ENFERMERA ROBERTA RABÓN

D.I.: 1074135235

Edad: 19 años

Sexo: M ☐ F ☒

2. Información Ocupacional

Empresa: HOSPITAL SANTA CLARA

Cargo: Auxiliar Administrativo

Dependencia: Facturación Condiciones visuales de trabajo:

Factores de riesgo No ☐ Si ☒ Cual?: Exposición visual utiliza protección. No ☒ Si ☐ Cual?:

Exigencia visual del oficio: Lejana: 20/30 Cercana: 20/30 Otras exigencias:

3. Antecedentes oculares y de la función visual

Ha tenido examen visual anteriormente No ☐ Si ☒ Fecha: 3 meses

¿Le han formulado lentes? No ☐ Si ☒

¿Usa lentes actualmente? No ☐ Si ☒ Permanentes ☒ Para lejos ☐ Para cerca ☐ Ocasionales ☐ Bifocales ☐ Progresivos ☐ De contacto ☐

Ultimo cambio de lentes: 3 meses Lensometría: OD: +4.00 - 0.5 x 0° OI: +4.00 - 1.5 x 15° ADD:

Hallazgos o alteraciones: No ☒ Si ☐ Cual?:

Cirugías: No ☒ Si ☐ Cual?:

Fecha:

4. Sintomatología actual

Ninguna ☒ Epifora ☐ Fotofobia ☐ Ardor ☐ Salto de rayones ☐ Cansancio ☐ Cefalea ☐ Color ☐ Prurito ☐ Ojo rojo ☐ Visión borrosa VL ☐ VP ☐

5. Examen Visual:

Agudeza Visual Lejana			Agudeza Visual Cercana			PH
AO (SC) 20/40	OD (SC) 20/50	OI (SC) 20/30	AO (SC) 0.5m	OD (SC) 1m	OI (SC) 1m	OD
AO (CC) 20/20	OD (CC) 20/25	OI (CC) 20/25	AO (CC)	OD (SC)	OI (SC)	OI
Examen externo: Normal ☒ Anormal ☐ Hallazgos:						
Estado Motor: Estreñida PPC 3.0m						
Visión Cromática: Normal ☒ Anormal ☐ Estereopsis: Normal ☐ Anormal ☒ 2.5° de arco						
Oftalmoscopia:		Ojo Derecho: Aparentemente Normal ☒ Anormal ☐ Hallazgos:				
		Ojo Izquierdo: Aparentemente Normal ☒ Anormal ☐ Hallazgos:				
Retinoscopia:		Ojo Derecho: ☒ Ojo Izquierdo: ☒				
Subjetivo:		Ojo Derecho: +3.75 - 0.5 x 0° 2-1/2 Ojo Izquierdo: +4.00 - 1.5 x 10° 2-1/2				

6. Conducta a seguir

No se formula: No necesita ☐ Fórmula completa ☒ Se formula: Nueva ☐ Cambio ☐

Remisión: No ☒ Si ☐ Cual?:

Fórmula Final: Total ☐ Parcial ☐ Distancia Pupilar

Ojo Derecho: +3.75 - 0.5 x 0° 2-1/2 Ojo Izquierdo: +4.00 - 1.5 x 10° 2-1/2

Uso: Tipo de Lente: Uso: Perimetria

7. Concepto

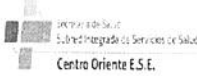
Impresión diagnóstica: Hipermetropía simple
con astigmatismo latente

Control: Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☒

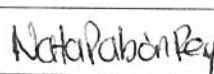
Firma del Evaluado

Firma y Sello del Examinador

		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 VERSION: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2018-12-13	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 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y 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	SEGUNDO NOMBRE		
PABON	REY	ERIKA	NATALIA		
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NIT ☐		1074135235	CAQUEZA	2013-10-11	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:		
1995-10-05	CAQUEZA	COLOMBIA	COLOMBIANO		
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒		1	1	3142277424	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNICO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ CUAL: <input type="text"/>					AUXILIAR ADMINISTRATIVO
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA	
CRA 11 N. 67A-09 SUR TR 11 APTO 104	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	9096207	
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
nataliapabon1234@gmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
POVEDA	ORTIZ	JONATHAN	ALBEIRO		
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NIT ☐		17423247	ACACIAS, META	2002-12-04	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐			
		NACIONALIDAD: COLOMBIANO			
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
SALARADO ☒ ESTUDIANTE ☐ JOGAR ☐ PENSIONADO ☐ SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA ☐	CUAL: <input type="text"/>				
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ IVA	SI ☐ NO ☒	7490	ACTIVIDAD ECONOMICA: 8299
		NO ☒ ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☒	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSION: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA EXPORTACIONES ☐ AGRICULTURA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRA ☒ CUAL: SALUD		# NIT 900.959.051			
DIRECCION DE LA EMPRESA DIAG 34 N. 5-43		TELÉFONO 3444841		CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTÁ	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		PAÍS COLOMBIA			
CARGO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO		FECHA VINCULACION 2016-08-01			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS NO APLICA	VENTAS ANUALES NO APLICA	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA NO APLICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD NO APLICA	FECHA CONSTITUCION NO APLICA	TIPO SOCIEDAD NO APLICA
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
PASIVOS					
SALARIOS	\$ 1.650.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 500.000	AHORROS	SALDO HIPOTECA
HONORARIOS		ARRIENDOS	\$ 200.000	INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	DEUDA VEHICULOS
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	DEUDAS ELCEROS
DIJOS INGRESOS*		DIJOS EGRESOS*		DIJOS ACTIVOS*	DIJOS PASIVOS*
TOTAL INGRESOS	\$ 1.650.000	TOTAL EGRESOS	\$ 700.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0
TOTAL PASIVOS	\$ 800.000				
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
DESCRIPCION OTROS PASIVOS					
NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni y/o con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO MARROQUIN		SEGUNDO APELLIDO BUITRAGO		PRIMER NOMBRE DORLEY	
SEGUNDO NOMBRE NATALLA					
DIRECCION Calle 96a Urb. 6-22 este		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS BOGOTÁ		TIPO RELACION AMIGO	
TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR 3203791349					
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD BANCO DE BOGOTÁ		TIPO DE PRODUCTO CUENTA DE AHORROS		NUMERO 102649092	
SECURSAL AVENIDA PRIMERA		TELEFONO			
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD NO APLICA		TIPO DE PRODUCTO NO APLICA		NUMERO NO APLICA	
PAIS/CIUDAD NO APLICA		MONEDA NO APLICA		MONTO PROMEDIO NO APLICA	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS: IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ TÍTULOS ☐ SERVICIOS ☐ O ☐ 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, PPA AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN FACTURACION)					
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.					

 <p>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p align="center">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSION: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
<p align="center">9. DOCUMENTOS REQUERIDOS</p>		
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.</p> <p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rii Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar)</p> <p>6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
<p>10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.</p>		
<p align="center">CONSIDERACIONES</p>		
<p>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.</p> <p>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 encuentren 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.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
<p align="center">AUTORIZACION</p>		
<p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>I. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transcritos 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 derivadas 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, FiscoCol, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.</p> <p>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.</p> <p>5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.</p> <p>6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</p>		

 <p>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSION: 02 FECHA: 2017-08-22</p>																																												
<p>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.</p> <p>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (<u>Diagonal 34 No. 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: carla@subredcentrooriente.gov.co</u>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (<u>INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO</u>).</p> <p>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.</p> <p>NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".</p>																																														
<p>IX. FIRMA Y HUELLA</p> <p>COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO</p>																																														
<div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  </div> <p>Firma Cliente / Representante Legal</p>		<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Índice Derecho</p>																																												
<p style="text-align: center;">X. INFORMACION DE ENTREVISTA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1. Fecha</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">2. Ciudad</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. Nombre del funcionario o Asesor:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">4. Lugar de la Entrevista:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">5. Observaciones:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">6. Resultado de la Entrevista:</td> <td colspan="2"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐ </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">7. Firma y Cédula</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		1. Fecha		2. Ciudad		3. Nombre del funcionario o Asesor:				4. Lugar de la Entrevista:				5. Observaciones:				6. Resultado de la Entrevista:		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐ </div>		7. Firma y Cédula				<p style="text-align: center;">XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1. Fecha</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">2. Ciudad</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">4. Lugar de la verificación:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">5. Observaciones:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">6. Firma y cédula:</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	1. Fecha		2. Ciudad		3. Nombre y Cargo de quien verifica:				4. Lugar de la verificación:				5. Observaciones:				6. Firma y cédula:			
1. Fecha		2. Ciudad																																												
3. Nombre del funcionario o Asesor:																																														
4. Lugar de la Entrevista:																																														
5. Observaciones:																																														
6. Resultado de la Entrevista:		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐ </div>																																												
7. Firma y Cédula																																														
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) ERIKA NATALIA PABON REY identificado(a) con CC 1074135235 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 15/04/2014

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CALLE 26

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 13 días del mes de diciembre del año 2018.

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) **ERIKA NATALIA PABON REY**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,074,135,235**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1074.135.235

Numero de Documento

Positiva

ARL

Pabón

Primer Nombre

Ray

Segundo Nombre

Enrique

Primer Apellido

Natalia

Segundo Apellido

05/10/1995

F. Nacimiento dd/mm/aa

Caqueza

Ciudad de Nacimiento

Calle 11 N. 67A CR SW

Dirección de Residencia

9096207

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Pensionar

AFP - Pensiones

\$ 1650 000

Honorarios

Auxiliar Administrativo

Objeto Contractual (Cargo)

10/10/18

Fecha Inicio del Contrato

NataliaRay1234@gmail.com

Correo Electrónico

314277724

Celular

NataliaRay

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que ERIKA NATALIA PABON REY, con Cédula de Ciudadanía No. 1.074.135.235, contratista de la empresa SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 14/12/2017 y fecha fin de contrato 31/12/2018 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de Agosto de 2018.

Cordialmente

Hugo Ernesto Huiza
Gerencia de Afiliación y Novedades.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119180832



WEB

15:04:06

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) ERIKA NATALIA PABON REY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1074135235:

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 15:06:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1074135235
Código de Verificación	1074135235181213150616

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., 13 de Diciembre de 2018 - 15:08 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) **ERIKA NATALIA PABON REY**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL SETENTA Y CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO** de CAQUEZA

1074135235

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_SSVYT_0815**

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 15:10:03 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1074135235**

Apellidos y Nombres: **PABON REY ERIKA NATALIA**

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

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que PABON REY, ERIKA NATALIA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.074.135.235 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102649092, abierta/o desde el 07/05/2014, con saldo a la fecha de: \$ 7.718

Se expide en Bogotá el día 14 del mes de Diciembre del año 2018



Firma Autorizada