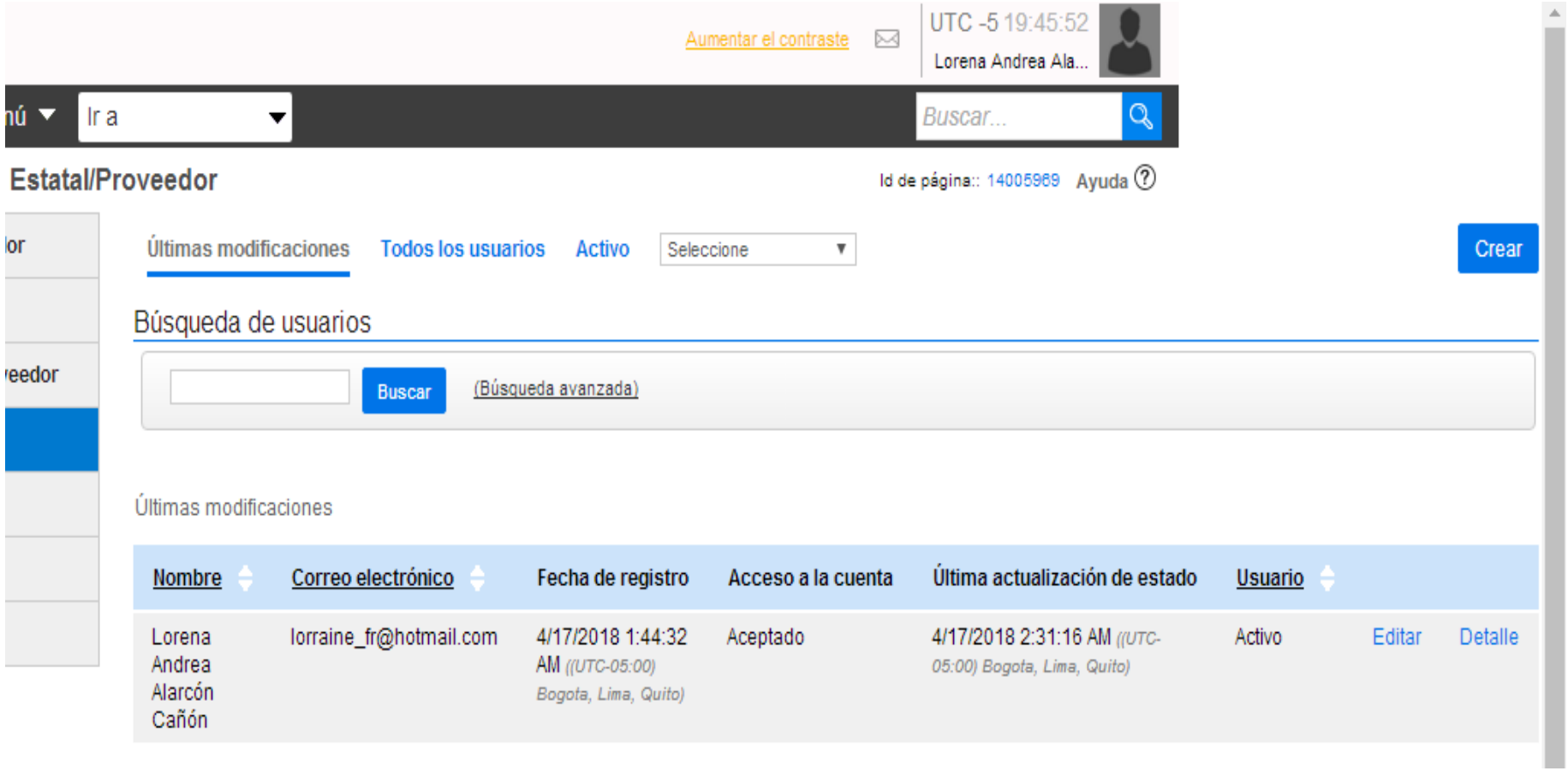

Aumentar el contraste
UTC -5 19:45:52
Lorena Andrea Ala...
Ir a
Buscar...
Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969
Ayuda
Últimas modificaciones
Todos los usuarios
Activo
Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre
Correo electrónico
Fecha de registro
Acceso a la cuenta
Última actualización de estado
Usuario
Lorena Andrea Alarcón Cañón
lorraine_fr@hotmail.com
4/17/2018 1:44:32 AM ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
Aceptado
4/17/2018 2:31:16 AM ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Alarcón	Cañón	Lorena Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1026265249 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO: D.M:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 14 MES 07 AÑO 1989

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 2 # 27b + 25

PAÍS: Colombia DEPTO:

MUNICIPIO: Cundinamarca

TELÉFONO: 3112009961 EMAIL: lorraine_fr@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
										X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Comercial

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2016

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		T. laboral en Comercio Internal	12	2006	
UN	10	X		Nutricionista Dietista	03	2016	06592

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ingles			X			X		X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Bienestar ICBF		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 03 MES 04 AÑO 2018	DÍA 19 MES 04 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Nutricionista.		Cll 61 # 14a - 25

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Universidad Nacional de Col.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	075.depuradoraensin2015@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3112009961	DÍA 22 MES 09 AÑO 2017	DÍA 29 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Nutricionista-Depuradora	Fac. Medicina	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Instituto Colombiano de Bienestar Familia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	075.depuradoraensin2015@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3112009961	DÍA MES AÑO 2017	DÍA MES AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Nutricionista- Depuradora		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Universidad Nacional de Colombia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	075.depuradoraensin2015@gmail.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3112009961	DÍA 02 MES 12 AÑO 2016	DÍA 31 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Depuradora de Ingesta	Fac. Medicina	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	1	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá, 08 agosto 2018

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Lorena Andrea Alarcón Cañón

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 1026265249 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :

DIRECCIÓN Calle 2 # 27b-25 TELÉFONOS 3112009161

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO C/marca PAÍS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Oscar Augusto Alarcón Bautista	79 286 926	Padre
Sonia Lorena Cañón Vargas	51 901 725	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [X], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron :

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	30'000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	30'000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Caja Social	Ahorros	24046654276	Parque Nacional	100.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Credito educativo ICETEX	Credito Educativo	26'000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI [ ] NO [X] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [ ] C.E. [ ] OTRO [ ]	Nº

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
Consulta profesional	Profesional Independiente

3. FIRMA

Vanessa Marín C.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá, 24 de Julio de 2018

CIUDAD Y FECHA

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERÍA JURÍDICA: RES. 73-12 DE DICIEMBRE 1.933 – MINGOBIERNO

EN ATENCIÓN A QUE

LORENA ANDREA ALARCON CAÑON

CC 1026265249

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO EN LA FACULTAD DE

CIENCIAS

LE OTORGA
EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
EL TÍTULO DE

NUTRICIONISTA DIETISTA

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA
NOSOTROS, EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, EL SECRETARIO GENERAL Y EL DECANO DE FACULTAD

EXPEDIDO EN BOGOTÁ A LOS 5 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2016

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA COLOMBIA

No 162915

DECANO DE FACULTAD

Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
Secretaría General

Este Diploma está registrado en el
Acta de Grado N°. 201603050505
Bogotá, 05 de Marzo de 2016

Secr. Gen. P.U.J

Este diploma ha sido expedido y firmado digitalmente.

00557891

THOMAS GREG & SONS.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS

ACTA DE GRADO N° 201603050505

En la ciudad de Bogotá el día 05 de Marzo de 2016 se llevó a cabo el acto de graduación en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

NUTRICIONISTA DIETISTA

A

LORENA ANDREA ALARCON CAÑON

identificado(a) con CC N° 1026265249 quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales; y le otorgó el Diploma N° 162915 que lo(a) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá, D.C. 05 de Marzo de 2016.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA COLOMBIA

Jairo H. Cifuentes Madrid
Secretario General

Pontificia Universidad JAVERIANA
Secretaría General

Esta acta ha sido expedida y firmada digitalmente.

213314
THOMAS GREG & SONS.

Bogotá D.C

Señores:

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Lorena Andrea Alarcón Cañón 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:

NUTRICIONISTA DIETISTA

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 10265249249

Tarjeta profesional No: MND06592

Dirección de contacto: CALLE 2, 27B-25

Teléfono: 3112009961

Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015 — MINSALUD — Instituto Nacional de Salud — DPS — Bienestar Familiar — TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN — Organización Panamericana de la Salud — Organización Mundial de la Salud Américas

A QUIEN INTERESE

LA GERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA UNIÓN TEMPORAL FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ – PROFAMILIA

HACE CONSTAR

Que **LORENA ANDREA ALARCÓN CAÑÓN** identificada con cédula de ciudadanía N° 1026265249 de Bogotá estuvo vinculada con la UNIÓN TEMPORAL FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTA-PROFAMILIA identificada con Nit: 900.877.109-2 a través de un contrato de prestación de servicios como Nutricionista Depuradora de Ingesta de la: **"ENCUESTA NACIONAL DE LA SITUACION NUTRICIONAL ENSIN 2015"**, del nueve (09) de marzo de 2016 al Quince (15) de enero de 2017. Con honorarios fijos mensuales de cuatro millones de pesos ($4.000.000). Con las siguientes funciones:

- Proceso de depuración y consolidación de base de datos.
- Proceso de consolidación y reporte de alimentos y preparaciones nuevas.
- Proceso de asignación de códigos de alimentos.
- Documentación de inconsistencias, observaciones y hallazgos realizados a las críticas

Se expide a solicitud del interesado a los dieciséis (16) días de enero de 2017.

Atentamente,

ELIZABETH BORRERO R
Gerente Administrativa y Financiera
Unión Temporal Fundación Santa Fe De Bogotá - Profamilia

12400

EL SUSCRITO DIRECTOR DE CONTRATACIÓN DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS

CERTIFICA:

NÚMERO DEL CONTRATO	1402 DE 2017
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	LORENA ANDREA ALARCÓN CAÑÓN
NÚMERO DE CÉDULA	1.026.265.249
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL PROCESO DE ALISTAMIENTO Y DEPURACIÓN DE LAS BASES DE DATOS DE INGESTA DIETÉTICA DE LA ENCUESTA NACIONAL DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL EN COLOMBIA - ENSIN 2015 PARA LAS ÁREAS METROPOLITANAS.
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	1. Cumplir con el plan de trabajo, cronograma y metodología técnicamente definida en los manuales, protocolos y documentos técnicos de la ENSIN 2015, para los procesos de depuración de bases de datos de ingesta dietética de la mencionada encuesta. 2. Apoyar el proceso de consolidación de las bases de datos depuradas de ingesta dietética de las áreas metropolitanas para la realización de consultas de validación y ajustes de acuerdo a revisión técnica de los líderes del subcomponente. 3. Recodificar los alimentos, ingredientes y preparaciones que no cuentan con código en las bases de R24H de las áreas metropolitanas de acuerdo a la base de composición de alimentos y las directrices del equipo de composición de alimentos. 4. Apoyar y documentar el proceso de estandarización de alimentos o preparaciones pendientes que se requieran de acuerdo al procedimiento establecido para tal fin y participación en las mesas técnicas de composición de alimentos. 5. Realizar él envió de las bases de datos de ingesta dietética de la ENSIN 2015 de las áreas metropolitanas ajustadas y recodificadas con la documentación de soporte que reporte los ajustes realizados de acuerdo al cronograma establecido. 6. Participar en todas las actividades necesarias para realizar el alistamiento de las bases de datos de ingesta dietética en el nivel central, estandarización de alimentos, actualización de códigos de pesos y medidas, composición de alimentos entre otros.

	7. Atender los requerimientos que efectué el supervisor y que sean necesarios para la ejecución del contrato. 8. Cumplir con las demás obligaciones que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato.
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	15 de junio de 2017
FECHA DE APROBACIÓN DE LA PÓLIZA	16 de junio de 2017
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.788.000
ADICIONES	$ 0,00
DISMINUCIONES	$ 0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 5.788.000
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	60 días
FECHA DE INICIO	16 de junio de 2017
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	15 de agosto de 2017
PRÓRROGAS	0 días
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL	15 de agosto de 2017
ESTADO	TERMINADO
FECHA DE EXPEDICIÓN	23 de abril de 2018

JORGE CAMILO CARRILLO PADRÓN
Director de Contratación

NOTA: LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE DE ACUERDO A LO QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE CONTRACTUAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.

Revisó: Sandra Anaya – Contratista Grupo Transversal de la Dirección de Contratación.
Revisó: Arcadio Aldana – Contratista Dirección de Contratación.
Proyectó: Angelica Murgas - Contratista Dirección de Contratación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE CONTRATACIÓN A NOMBRE DE ALARCON CAÑON LORENA ANDREA
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.026.265.249

La suscrita Jefe de la Unidad Administrativa de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia - NIT 899.999.063-3, una vez verificado en el Sistema Financiero QUIPU certifica que la señora **ALARCON CAÑON LORENA ANDREA** identificada con Cédula de ciudadanía **No. 1.026.265.249**celebró con la Institución los contratos que se relacionan a continuación:

TIPO DE CONTRATO	Orden de Prestación de Servicios
No. DE CONTRATO	444
ÁREA CONTRATANTE	2069
FECHA DE INICIO:	02/12/2016
FECHA DE TERMINACIÓN:	31/12/2016

OBJETO GENERAL:

- PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL PROCESO DE AISLAMIENTO DE LAS BASES DE DATOS DE INGESTA DIETÉTICA DE LA ENSIN 2015, DURANTE LA FASE DE EJECUCIÓN DE LA ENCUESTA, DENTRO DEL TÉRMINO Y PLAZO DEL PROYECTO: "2016-INV- "DEFINICIÓN Y VALIDACIÓN DEL PLAN DE ANÁLISIS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL EN COLOMBIA ENSIN-2015", SEGÚN CONVENIO SUSCRITO ENTRE EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR Y LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA-FACULTAD DE MEDICINA."

OBLIGACIONES

GENERALES:

1. ELABORAR EN UN TIEMPO NO MAYOR A 5 DÍAS POSTERIOR A LA FIRMA DEL CONTRATO, EL PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE ACUERDO A LAS PRIORIDADES Y SECUENCIA DE DESARROLLO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA ENSIN.
2. HACER USO DE LOS DOCUMENTOS DE DISEÑO TÉCNICO Y OPERATIVO DESARROLLADOS PARA EL COMPONENTE DE INGESTA DIETÉTICA DE LA ENSIN 2015, DEFINIDOS EN LA FASE DE DISEÑO Y OPERATIVA DE LA ENCUESTA.
3. RESPETAR Y CONSERVAR LOS DERECHOS DE AUTOR DE LOS DOCUMENTOS ELABORADOS ENTREGADOS EN LA FASE DE DISEÑO DE LA ENSIN 2015.

ESPECÍFICAS:

1. CUMPLIR CON EL PLAN DE TRABAJO, CRONOGRAMA Y METODOLOGÍA EN LOS TÉRMINOS APROBADOS.
2. APOYAR PROCESO DE CONSOLIDACIÓN DE LAS BASES DE DATOS DE INGESTA DIETÉTICA DEPURADAS PARA LA REALIZACIÓN DE CONSULTAS DE VALIDACIÓN Y AJUSTES DE ACUERDO A REVISIÓN TÉCNICA CON LA LÍDER DE DEPURACIÓN DE INGESTA Y COORDINACIÓN DEL SUBCOMPONENTE.
3. INICIAR EL PROCESO DE RECODIFICACIÓN DE ALIMENTOS, INGREDIENTES Y PREPARACIONES SIN CÓDIGO DE LA BASE DE R24H DE ACUERDO A LA BASE DE COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS, TENIENDO EN CUENTA LAS DIRECTRICES DEL EQUIPO DE COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS, LÍDER DE DEPURACIÓN DE INGESTA Y COORDINACIÓN DEL SUBCOMPONENTE Y ALCANCE DEFINIDO EN EL TÉRMINO DEL CONTRATO. .
4. APOYAR Y DOCUMENTAR EL PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN DE ALIMENTOS O PREPARACIONES PENDIENTES QUE SE REQUIERAN DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO PARA TAL FIN Y PARTICIPACIÓN EN MESAS TÉCNICAS DE COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS.
5. ENVIAR LAS BASES AJUSTADAS Y RECODIFICADAS A LA LÍDER DE DEPURACIÓN DE INGESTA, INGENIERA DE SISTEMAS Y COORDINACIÓN DEL SUBCOMPONENTE, CON LA RESPECTIVA DOCUMENTACIÓN DE LOS AJUSTES REALIZADOS.
6. PARTICIPAR ACTIVAMENTE DE TODAS LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA REALIZAR EL ALISTAMIENTO DE LAS BASES DE DATOS EN EL NIVEL CENTRAL, COMO ESTANDARIZACIÓN DE ALIMENTOS, ACTUALIZACIÓN DE CÓDIGOS DE PESOS Y MEDIDAS, ENTRE OTROS.

PRODUCTOS:

1. PLAN DE TRABAJO Y EL CRONOGRAMA
2. INFORME DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
3. BASE DE DATOS CON LOS AJUSTES Y RECODIFICACIÓN REALIZADA EN EL TÉRMINO DEL CONTRATO Y SU RESPECTIVA DOCUMENTACIÓN.
4. DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN DE ALIMENTOS Y PREPARACIONES.

VALOR TOTAL	$ 5,976,000.00

TIPO DE CONTRATO	Orden de Prestación de Servicios
No. DE CONTRATO	204
ÁREA CONTRATANTE	2069
FECHA DE INICIO:	22/09/2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE CONTRATACIÓN A NOMBRE DE ALARCON CAÑON LORENA ANDREA
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.026.265.249

FECHA DE TERMINACIÓN:	29/12/2017

OBJETO GENERAL:

- PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ALISTAMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LA BASE DE DATOS DE INGESTA DIETETICA, DURANTE LA FASE DE ANALISIS DE LA ENCUESTA EN EL PROYECTO: "AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, HUMANOS Y FINANCIEROS CON EL FIN AVANZAR EN LA FASE TRES DE LA ENCUESTA NACIONAL DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL ENSIN 2015, EN EL MARCO DE LA ALIANZA INTERINSTITUCIONAL PARA SU DESARROLLO.

OBLIGACIONES

GENERALES:

1. ELABORAR EN UN TIEMPO NO MAYOR A 5 DÍAS POSTERIOR A LA FIRMA DEL CONTRATO, EL PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE ACUERDO A LAS PRIORIDADES Y SECUENCIA DE DESARROLLO TÉCNICO DE LA ENSIN.
2. HACER USO DE LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS DESARROLLADOS PARA EL COMPONENTE DE INGESTA DIETÉTICA DE LA ENSIN 2015, DEFINIDOS EN LAS FASES DE DISEÑO Y EJECUCIÓN, ADEMÁS DE LOS MANUALES, PROTOCOLOS O GUÍAS GENERADOS PARA LA FASE DE ALISTAMIENTO, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE INGESTA DIETÉTICA DE LA ENCUESTA.
3. SEGUIR LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS Y METODOLÓGICAS ESTABLECIDAS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROCESO DE ANÁLISIS DE LA ENSIN.
4. RESPETAR Y CONSERVAR LOS DERECHOS DE AUTOR DE LOS DOCUMENTOS ELABORADOS ENTREGADOS EN LAS FASES PREVIAS DE LA ENSIN 2015.
5. SUSCRIBIR UN ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD SOBRE TODA LA INFORMACIÓN QUE SE PRODUZCA EN EL MARCO DEL PRESENTE CONTRATO.
6. DECLARAR POR MEDIO DE ACUERDO ESCRITO EL NO CONFLICTO DE INTERESES AL PARTICIPAR EN EL DESARROLLO DEL PRESENTE CONTRATO TENIENDO EN CUENTA EL CARÁCTER TÉCNICO E INSTITUCIONAL.
7. LA APROBACIÓN DE LOS PRODUCTOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ESTARÁN SUJETOS A LOS AJUSTES REQUERIDOS. LA TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL MISMO, SE REALIZARÁ TENIENDO EN CUENTA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LOS PRODUCTOS A SATISFACCIÓN.
8. CONSERVAR LOS NIVELES DE COORDINACIÓN TÉCNICA ESTABLECIDOS PARA EL DESARROLLO DEL ANÁLISIS DE LA ENCUESTA.
9. DOCUMENTAR LO REFERENTE A SU TEMA A CARGO, SEGÚN LOS PARÁMETROS Y RECOMENDACIONES EMITIDAS.

ESPECÍFICAS:

1. CUMPLIR CON EL PLAN DE TRABAJO, CRONOGRAMA Y METODOLOGÍA EN LOS TÉRMINOS APROBADOS.
2. APOYAR EL PROCESO DE ALISTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DE INGESTA DIETÉTICA DE LA ENSIN EN LO RELACIONADO CON LA TRANSFORMACIÓN DE PREPARACIONES ESTANDARIZADAS MIXTAS Y AJUSTE DE CASOS ESPECIALES EN LA BASE DE DATOS FINAL CONSOLIDADA, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS LOS TÉCNICOS DADOS POR EL EQUIPO DE INGESTA DIETÉTICA A NIVEL CENTRAL Y ALCANCE DEFINIDO EN EL TÉRMINO DEL CONTRATO.
3. REALIZAR LA RECODIFICACIÓN DE ALIMENTOS, INGREDIENTES Y PREPARACIONES SIN CÓDIGO O CON CÓDIGO INCORRECTO EN LA BASE DE DATOS FINAL CONSOLIDADA DE INGESTA DIETÉTICA DE LA ENSIN, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS LOS TÉCNICOS DADOS POR EL EQUIPO DE INGESTA DIETÉTICA A NIVEL CENTRAL Y ALCANCE DEFINIDO EN EL TÉRMINO DEL CONTRATO.
4. REALIZAR LAS CONSULTAS Y VALIDACIÓN POR TIPO DE ALIMENTO Y VARIABLES ADICIONALES NECESARIAS Y LOS AJUSTES REQUERIDOS PARA ESTABLECER CANTIDAD CONSUMIDA EN GRAMOS EN LA BASE DE DATOS FINAL CONSOLIDADA DE INGESTA DIETÉTICA DE LA ENSIN, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS LOS TÉCNICOS DADOS POR EL EQUIPO DE INGESTA DIETÉTICA A NIVEL CENTRAL Y ALCANCE DEFINIDO EN EL TÉRMINO DEL CONTRATO.
5. APOYAR EL PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN DE ALIMENTOS O PREPARACIONES PENDIENTES QUE SE REQUIERAN Y SU RESPECTIVA DOCUMENTACIÓN, DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO PARA TAL FIN, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS LOS TÉCNICOS DADOS POR EL EQUIPO DE INGESTA DIETÉTICA Y COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS A NIVEL CENTRAL Y ALCANCE DEFINIDO EN EL TÉRMINO DEL CONTRATO.
6. PARTICIPAR LAS MESAS TÉCNICAS QUE SE REALICEN PARA LA REVISIÓN DE ASPECTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON LA ESTANDARIZACIÓN Y COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS, CASOS ESPECIALES, PROTOCOLOS Y DEMÁS TEMAS RELACIONADOS CON EL OBJETO DEL CONTRATO.
7. REALIZAR LAS CONSULTAS Y AJUSTES REQUERIDOS PARA LA VALIDACIÓN DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS DATOS Y EL DESARROLLO DE PROCESO DE IMPUTACIÓN REQUERIDOS EN LA BASE DE DATOS FINAL CONSOLIDADA DE INGESTA DIETÉTICA DE LA ENSIN, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS LOS TÉCNICOS DADOS POR EL EQUIPO DE INGESTA DIETÉTICA A NIVEL CENTRAL Y ALCANCE DEFINIDO EN EL TÉRMINO DEL CONTRATO.
8. APOYAR EL DESARROLLO DE LINEAMIENTOS, PROTOCOLOS, DOCUMENTOS TÉCNICOS, CONSOLIDADOS DE INFORMACIÓN RELACIONADOS CON EL ALISTAMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LA BASE DE DATOS DE INGESTA DIETÉTICA DE LA ENSIN, SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL EQUIPO DE INGESTA DIETÉTICA Y COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS A NIVEL CENTRAL Y

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE CONTRATACIÓN A NOMBRE DE ALARCON CAÑON LORENA ANDREA
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.026.265.249

ALCANCE DEFINIDO EN EL TÉRMINO DEL CONTRATO. 9. ENVIAR LAS BASES DE DATOS AJUSTADAS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEFINIDOS Y EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS A LA COORDINACIÓN DE DEPURACIÓN DE INGESTA Y COORDINACIÓN DEL SUBCOMPONENTE, CON LA RESPECTIVA DOCUMENTACIÓN DE LOS AJUSTES REALIZADOS. 10. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS DEMÁS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE ALISTAMIENTO, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE INGESTA DIETÉTICA DE LA ENSIN. 11. REALIZAR Y ENTREGAR LOS DOCUMENTOS DETALLADOS EN EL ACÁPITE PRODUCTOS EN FORMATOS EDITABLES EN LA PERIODICIDAD Y TÉRMINOS QUE DEFINA EL SUPERVISOR DEL CONTRATO EN MEDIO MAGNÉTICO. 12. LAS DEMÁS QUE SEAN NECESARIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LA ENCUESTA. **PRODUCTOS A ENTREGAR:** 1. PLAN DE TRABAJO Y EL CRONOGRAMA. 2. INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES. 3. BASES DE DATOS AJUSTADAS CON ACTIVIDADES Y PROCESOS DESARROLLADOS PARA EL ALISTAMIENTO O PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN DE INGESTA DIETÉTICA (RECORDATORIO DE 24 HORAS) CON SU RESPECTIVA DOCUMENTACIÓN. 4. INFORME FINAL DE LAS ESTANDARIZACIONES A CARGO REALIZADAS EN EL TÉRMINO DEL CONTRATO CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES.	
VALOR TOTAL	$ 16,565,472.00

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá D.C., a los 17 días del mes de abril de 2018.

Firma

ANGELA MARÍA RAMÍREZ OROZCO
Jefe de Unidad (e)
Tel. 3165000- Exts. 15123
Clara Janneth Martínez Acosta

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.265.249**

ALARCON CAÑON
APELLIDOS

LORENA ANDREA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUL-1989**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

23-JUL-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500103-47163566-F-1026265249-20070923 **01673**07266A 02 238853252

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14466023387

(415)7707212489984(8020) 000001446602338 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1026265249	1	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1026265249	2007 07 23

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALARCON	CAÑON	LORENA	ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 2 27 B 25

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
lorraine_fr@hotmail.com		4757430	3112009961

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2018 04 01	8699	2018 04 01				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	1	2																								

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2018 04 20

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: ALARCON CAÑON LORENA ANDREA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE CC 1026265249 LORENA ANDREA ALARCON CAÑON

Información

Dirección CL 2 27 B 25

Teléfonos 4757430 3112009961

Dirección lorraine_fr@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 20/04/2018

Soporte Inscripción 21501430

Fecha Inicio Actividades 01/01/2015

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

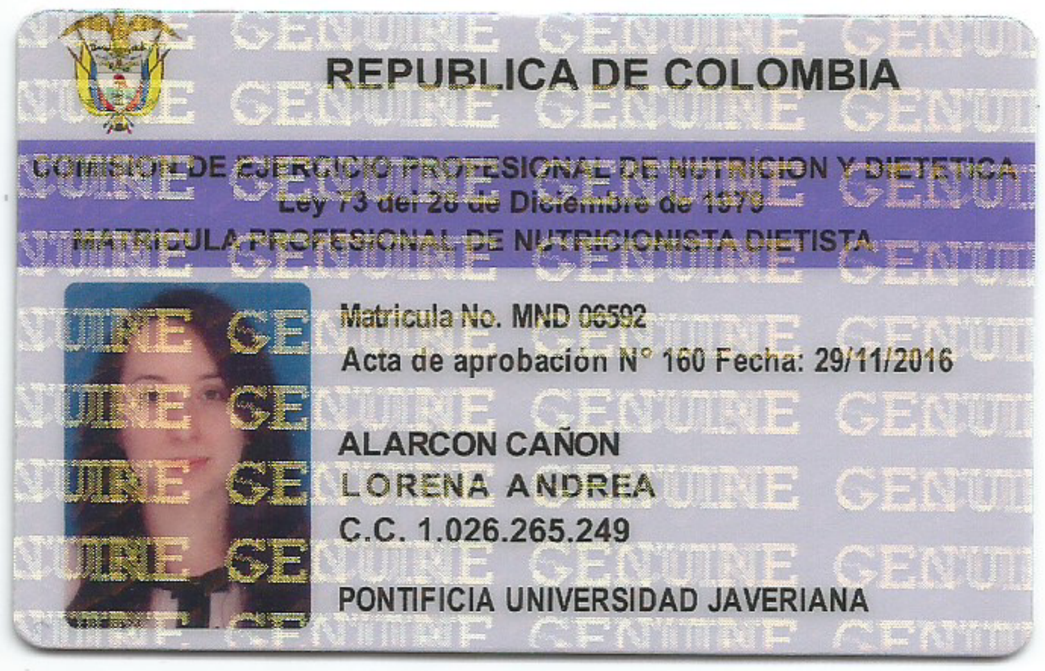
Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y


REPUBLICA DE COLOMBIA
COMISION DE EJERCICIO PROFESIONAL DE NUTRICION Y DIETETICA
Ley 73 del 28 de Diciembre de 1979
MATRICULA PROFESIONAL DE NUTRICIONISTA DIETISTA
Matricula No. MND 06592
Acta de aprobación N° 160 Fecha: 29/11/2016
ALARCON CAÑON
LORENA ANDREA
C.C. 1.026.265.249
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1026265249	LORENA	ANDREA	ALARCON	CA-ON	Ver

Información Detallada [CC: 1026265249] LORENA ANDREA ALARCON CA-ON

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	NUTRICION Y DIETETICA	2017/7/19	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROYECCION SOCIAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
CRA 7 # 40 - 62 SANTAFE DE BOGOTA D.C.
TEL: 5946161 EXT. 2410/11/12
LABORATORIO CLINICO

Nombre: ALARCON CAÑON LORENA ANDREA **Número: 059490** **Pág.: 1**

Historia Clínica:	**1026265249**	**Fecha de Ingreso:**	**20/04/2018 02:04:14 p.m.**
No. Cédula:	**1026265249**	**Fecha de Impresion:**	**23/04/2018 09:25:54 a.m.**
Servicio:	**LABORATORIO CLINICO CENTRAL**	**Médico:**	**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**
Procedencia:	**5588- EMPLEADOS- PROFESORES-ESTUDIANTES PONTI. UNV. JAVERIA**	**Cama :**	**Edad: 29 AÑOS**
Comentario:			**# Externo:**

NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R.REFERENCIA/P.CORTE
INMUNOLOGIA			
ANTI HBS.HEPATITIS B, ANTICUERPOS S			
ANTI HBS.HEPATITIS B, ANTICUERPOS S	**MAYOR A 1000**	**mIU/ml**	Rango Terapeutico: No Reactivo: Menor de 10 mIU/mL Reactivo: Mayor o Igual 10 mIU/mL Tecnica: QUIMIOLUMINISCENCIA

Tecnica:MEIA
Reactivo.

[redacted]

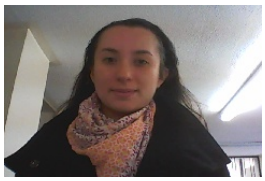
20 abr 2018 16:35

INFORMACION IMPORTANTE
Apreciado Usuario: La interpretación de estos resultados debe ser realizada por su médico tratante, quien definirá la conducta a seguir.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

empresalud OCUPACIONAL

Calle 35 N° 15-56 Teusaquillo.
Tel. (091) 8 05 24 68
E-mail. empresaludocupacional@hotmail.com
mercadeo@empresalud.com.co
Bogotá D.C., Colombia



EXAMEN OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1026265249-94021

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	11/08/2017 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	LORENA ANDREA ALARCON CAÑON	**Identificación:**	1026265249
Género	FEMENINO **Edad:** 28	**Teléfono**	**Móvil:** 3112009961
Fecha Nacimiento:	14/07/1989	**Cargo:**	CONTRATISTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR
Dirección	CALLE 1 H N 28-30	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	UNIVERSIDAD DE COLOMBIA		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES, CONOCER Y CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA, DIETA ADECUADA Y EJERCICIO DIARIO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: CONTRIOL ANUAL POR OPTOMETRIA POR SU EPS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL, Señor(a) trabajador(a) a partir de la fecha, usted cuenta con un mes para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico Ocupacional.

Dra. Claudia Marroquín V.
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 32.676.526
Lic. S.O. 3764/2014

CLAUDIA ROSA MARROQUIN VILLADIEGO
Médico Especialisa en Salud Laboral

LORENA ANDREA ALARCON CAÑON 1026265249
Firma y cédula del Paciente

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	2018-04-23	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
ALARCON	CAÑON	LORENA	ANDREA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1026265249	BOGOTA	2007-07-23
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	C		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	X	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1989-07-14	BOGOTA	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) V / VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	0	3112009961

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO V	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL:	NUTRICIONISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 2#27B-25	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
LORRAINE_FR@HOTMAIL.COM		PROPIA ☐	FAMILIAR V	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 X	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI ☐	NO V		8692
		NO X	ICA	SI ☐	NO V	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO V		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐

Secretaria 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 PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO X	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	VICIOS ☐	LUD ☐	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA TRANSPORTE ☐ NOLOGIA MENTOS MEDI MENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 1.000.000	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 300.000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 600.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 600.000	TOTAL ACTIVOS	$ 1.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 300.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	credito educativo y pago de aportes de salud y pension		

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
AGUIRRE	SANTAFE	LUZ	ADRIANA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	CALI, VALLE	NUTRICIONISTA	3153042842

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA DE AHORROS	24046654276	PARQUE NACIONAL	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORT ON ☐ EXPORTA N ☐ TRANSFERENCI ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ TRA ☐ 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 entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

NUTRICIONISTA DIETISTA

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 destinaran a actividades licitas.
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 mi 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 dias 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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto 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 estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 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 utilizacion 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon 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 prestacón 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 prestacion 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere 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 satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio 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 finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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 medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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.

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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 mi.
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 los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion 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.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice 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:		

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | **Fecha de Radicación** D D M M 2 0 1 4

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite
A. Afiliación [ ]
B. Reporte de Novedades [✓]

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [✓] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]
B. Colectiva [ ]
C. Institucional [ ]
D. De oficio [ ]

3. Régimen
A. Contributivo [✓]
B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [✓] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) 003

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Alarcón | Segundo Apellido: Cañón | Primer Nombre: Lorena | Segundo Nombre: Andrea

7. Tipo de documento de identidad [x]

8. Número de documento de identidad 1026265249

9. Sexo Femenino [x] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A: 1 8 0 9 1 9 9 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia [ ]

12. Discapacidad Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]

13. Puntaje SISBÉN [ ]

14. Grupo de población especial [ ]

15. Administradora de riesgos laborales - ARL [ ]

16. Administradora de pensiones Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC 1.242

18. Residencia
Dirección: Calle 2 # 27b-25
Teléfono fijo: 4789430
Teléfono celular: 3112099961
Correo electrónico: lorraine_fr@hotmail.com
Municipio / Distrito: Bogotá
Zona Urbana [x] Rural [ ]
Localidad / Comuna: Usaquén
Departamento: Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre: 1026262249 | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad [ ]

21. Número de documento de identidad

22. Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social

36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ]
   Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [✓]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad [ ]

Número de documento de identidad

Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]

Fecha de nacimiento D D M M A A A A

42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Código [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [✓]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [✓]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [✓]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Lorena Alarcón

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio: 1026265249

IX. ANEXOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LORENA ANDREA ALARCON CANON** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1026265249,** se encuentra afiliado (a) desde **14/01/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de julio de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1026265249	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

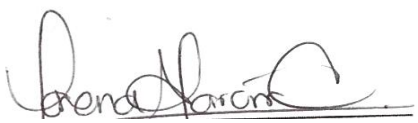
LORENA	ANDREA	ALARCON	CAÑON
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

14/07/1989	BOGOTA	CALLE 2 # 27B-25	4757430
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

COMPENSAR	COLPENSIONES	2´800,000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

NUTRICIONISTA DIETISTA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

LORE.ALARCON89@GMAIL.COM	3112009961
Correo Electrónico	Celular



Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 112801611

WEB
19:08:08

Bogotá DC, 25 de julio 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) LORENA ANDREA ALARCON CAÑON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026265249:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 miércoles 25 de julio de 2018, a las 19:10:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1026265249
Código de Verificación	1026265249180725191005

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2350851

Bogotá D.C., 25 de Julio de 2018 - 19:17 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) **LORENA ANDREA ALARCON CAÑON**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTISEIS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE** de BOGOTÁ, D.C.

1026265249

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 figueren 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 Jazmin Cabrales Romero.

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 comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 7_7XUDN_1619
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:21:29 horas del 25/07/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1026265249**

Apellidos y Nombres: **ALARCON CAÑON LORENA ANDREA**

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.

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

LORENA ANDREA ALARCON CAÑON *Identificado con* *CC1026265249*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0105 PARQUE NACIONAL, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTAMIGA MI SUELDO

Número	:	*24046654276*
Fecha de Apertura	:	*06 de agosto de 2014*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: A QUIEN INTERESE
Realizada en la oficina 0105 PARQUE NACIONAL de la ciudad de BOGOTA, el día martes, 27 de enero de 2015.

Cordialmente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social Establecimiento Bancario

Efectuado por:
R5R1R0A7 - ROCIO RAMIREZ RESTREPO

Banco Caja Social
27 ENE 2015
Vo.Bo.
TRAMITADO

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS